



娄底职业技术学院

Loudi Vocational & Technical College

## 专业技能考核题库

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 专业名称：    | 护理                   |
| 专业代码：    | 520201               |
| 适用年级：    | 2021级                |
| 所属二级学院：  | 护理学院                 |
| 专业负责人：   | 周娟                   |
| 制订参与单位：  | 娄底市中心医院<br>娄底市第一人民医院 |
| 制（修）订日期： | 2023年9月              |

娄底职业技术学院教务处编制

# 目 录

|   |           |
|---|-----------|
| <b>模块一：专业基础模块</b> .....                 | <b>6</b>  |
| <b>项目 1：母婴护理</b> .....                  | <b>6</b>  |
| 1. 试题编号：1-1-1 流产病人的护理 .....             | 6         |
| 2. 试题编号：1-1-2 产褥期病人的护理 .....            | 11        |
| <b>项目 2：儿童护理</b> .....                  | <b>16</b> |
| 1. 试题编号：1-2-1 寒冷损伤综合征患儿的护理 .....        | 16        |
| 2. 试题编号：1-2-2 急性肾小球肾炎患儿的护理 .....        | 20        |
| <b>项目 3：成人护理</b> .....                  | <b>25</b> |
| 1. 试题编号：1-3-1 蛛网膜下腔出血病人的护理 .....        | 25        |
| 2. 试题编号：1-3-2 急性阑尾炎术后的护理 .....          | 30        |
| 3. 试题编号：1-3-3 脑梗死病人的护理 .....            | 35        |
| 4. 试题编号：1-3-4 右肱骨骨折病人切开复位加内固定术后护理 ..... | 39        |
| 5. 试题编号：1-3-5 机械性肠梗阻病人的护理 .....         | 44        |
| 6. 试题编号：1-3-6 甲亢病人的护理 .....             | 49        |
| <b>项目 4：老年护理</b> .....                  | <b>53</b> |
| 1. 试题编号：1-4-1 脑出血病人的护理 .....            | 53        |
| 2. 试题编号：1-4-2 阿尔茨海默（中后期）病人的护理 .....     | 59        |
| <b>模块二：专业核心模块</b> .....                 | <b>64</b> |
| <b>项目 1：母婴护理</b> .....                  | <b>64</b> |
| 1. 试题编号：2-1-1 正常新生儿的护理 .....            | 64        |
| 2. 试题编号：2-1-2 妊娠期糖尿病病人的护理 .....         | 69        |
| 3. 试题编号：2-1-3 胎盘早剥病人的护理 .....           | 74        |
| <b>项目 2：儿童护理</b> .....                  | <b>79</b> |
| 1. 试题编号：2-2-1 支气管肺炎病人气管异物的护理 .....      | 79        |
| 2. 试题编号：2-2-2 单纯性肥胖病人的护理 .....          | 84        |
| <b>项目 3：成人护理</b> .....                  | <b>88</b> |
| 1. 试题编号：2-3-1 支气管扩张病人的护理 .....          | 88        |

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| 2. 试题编号: 2-3-2 过敏性休克病人的护理 .....     | 93         |
| 3. 试题编号: 2-3-3 糖尿病病人的护理 .....       | 98         |
| 4. 试题编号: 2-3-4 腹外疝病人的护理 .....       | 103        |
| 5. 试题编号: 2-3-5 颅脑外伤病人的护理 .....      | 107        |
| 6. 试题编号: 2-3-6 上消化道大出血休克病人的护理 ..... | 112        |
| 7. 试题编号: 2-3-7 直肠癌病人的护理 .....       | 118        |
| <b>项目 4: 老年护理 .....</b>             | <b>123</b> |
| 1. 试题编号: 2-4-1 养老机构失能老人的护理 .....    | 123        |
| 2. 试题编号 2-4-2 脑挫裂伤病人的护理 .....       | 128        |
| 3. 试题编号 2-4-3 COPD 病人的护理 .....      | 133        |
| <b>模块三: 专业拓展模块 .....</b>            | <b>139</b> |
| <b>项目 1: 母婴护理 .....</b>             | <b>139</b> |
| 1. 试题编号: 3-1-1 产褥期产妇的护理 .....       | 139        |
| <b>项目 2: 成人护理 .....</b>             | <b>143</b> |
| 1. 试题编号: 3-2-1 糖尿病病人的护理 .....       | 143        |
| <b>项目 3: 老年护理 .....</b>             | <b>146</b> |
| 1. 试题编号: 3-3-1 骨质疏松病人的护理 .....      | 146        |

# 护理专业技能考核题库

本专业技能考核标准配套题库分为专业基础技能、专业核心技能和专业拓展技能三个模块，每个模块根据人的生命周期设置项目，项目根据临床岗位工作情境设置典型工作任务，共计 30 道试题，其中专业基础技能 12 道、专业核心技能 15 道、专业拓展技能 3 道（见表 1）。

表 1 护理专业技能考核题库统计表

| 模块                               | 项目名称     | 试题编号          | 技能点名称   | 难易程度 |    |    | 是否更新                   | 对应人才培养规格能力目标   |   |
|----------------------------------|----------|---------------|---------|------|----|----|------------------------|--|---|
|                                  |          |               |         | 较难   | 中等 | 较易 |                        |  |   |
| 模块一<br>专业基础技能<br>(考核时间<br>70min) | 母婴<br>护理 | 1-1-1         | 案例评估与分析 |      |    |    | 否                      | 具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力；具有护理岗位的典型工作流程、工作内容及核心技能的能力，能够完整记录护理过程；具备护士执业资格证、母婴护理、产后恢复等“1+X”职业（执业）资格（技能）证书的相关技能。          |   |
|                                  |          |               | 生命体征测量  |      |    | √  |                        |  |   |
|                                  |          |               | 会阴擦洗    |      |    |    |                        |  |   |
|                                  |          | 1-1-2         | 案例评估与分析 |      |    |    | 否                      |  |   |
|                                  |          |               | 会阴擦洗    |      |    | √  |                        |  |   |
|                                  |          |               | 会阴湿热敷   |      |    |    |                        |  |   |
|                                  | 儿童<br>护理 | 1-2-1         | 案例评估与分析 |      |    |    | 否                      | 具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力；学会正确使用和维护常用仪器设备；具有护理岗位的典型工作流程、工作内容及核心技能的能力，能够完整记录护理过程；具有护士资格证、幼儿照护等“1+X”职业（执业）资格（技能）证书的相关技能。 |   |
|                                  |          |               | 暖箱的使用   |      |    |    |                        |  | √ |
|                                  |          |               | 红臀的护理   |      |    |    |                        |  |   |
|                                  |          | 1-2-2         | 案例评估与分析 |      |    |    | 是                      |  |   |
|                                  |          |               | 红臀的护理   |      |    |    |                        |  | √ |
|                                  |          |               | 生命体征测量  |      |    |    |                        |  |   |
| 成人<br>护理                         | 1-3-1    | 案例评估与分析       |         |      |    | 是  | 具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力；具有 |  |   |
|                                  |          | 神经系统评估（脑膜刺激征） |         |      | √  |    |                        |  |   |
|                                  |          | 口腔护理          |         |      |    |    |                        |  |   |
|                                  | 1-3-2    | 案例评估与分析       |         |      |    | 否  |                        |  |   |
|                                  |          | 无菌技术          | √       |      |    |    |                        |  |   |
|                                  |          | 换药            |         |      |    |    |                        |  |   |
| 1-3-3                            | 案例评估与分析  |               |         | √    | 是  |    |                        |  |   |



|          |         |                 |   |   |   |   |   |  |
|----------|---------|-----------------|---|---|---|---|---|--|
|          | 护理      | 气管异物的急救         |   |   |   | 是 | 达能力和沟通能力；能够规范地开展急危重症的抢救配合，具备一定的突发事件的应急救护能力；具有护理岗位的典型工作流程、工作内容及核心技能的能力，能够完整记录护理过程；具备护士执业资格证、幼儿照护等“1+X”职业（执业）资格（技能）证书的相关技能。   |  |
|          |         | 密闭式静脉输液         |   |   |   |   |   |  |
|          | 2-2-2   | 案例评估与分析         |   |   | √ | 是 |   |  |
|          |         | 体格发育测量          |   |   |   |   |   |  |
|          |         | 皮下注射            |   |   |   |   |   |  |
| 成人<br>护理 | 2-3-1   | 案例评估与分析         |   |   | √ | 否 | 具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力；具有为护理对象的身体、心理、社会、文化等方面提供整体护理的能力；能够对常见疾病的病情变化、治疗效果及药物不良反应进行及时处理的能力；能够规范地开展急危重症的抢救配合，具备一定的突发事件的应急救护能力；具有护理岗位的典型工作流程、工作内容及核心技能的能力，能够完整记录护理过程；学会正确使用和维护常用仪器设备；具有一定的信息技术应用和维护能力。 |  |
|          |         | 雾化吸入            |   |   |   |   |   |  |
|          |         | 体位引流            |   |   |   |   |   |  |
|          | 2-3-2   | 案例评估与分析         | √ |   | 否 |   |   |  |
|          |         | 皮内注射            |   |   |   |   |   |  |
|          |         | 心肺复苏            |   |   |   |   |   |  |
|          | 2-3-3   | 案例评估与分析         |   | √ | 否 |   |   |  |
|          |         | 快速血糖测定          |   |   |   |   |   |  |
|          |         | 胰岛素笔的使用         |   |   |   |   |   |  |
|          | 2-3-4   | 案例评估与分析         | √ |   | 否 |   |   |  |
|          |         | 肌内注射            |   |   |   |   |   |  |
|          |         | 外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套 |   |   |   |   |   |  |
|          | 2-3-5   | 案例评估与分析         | √ |   | 否 |   |   |  |
|          |         | 电动吸引器吸痰         |   |   |   |   |   |  |
|          |         | 气管切开护理          |   |   |   |   |   |  |
|          | 2-3-6   | 案例评估与分析         | √ |   | 否 |   |   |  |
| 心电监护     |         |                 |   |   |   |   |   |  |
| 密闭式静脉输液  |         |                 |   |   |   |   |   |  |
| 2-3-7    | 案例评估与分析 | √               |   | 否 |   |   |   |  |
|          | 肠造口护理   |                 |   |   |   |   |   |  |
|          | 静脉血标本采血 |                 |   |   |   |   |   |  |

|                                  |      |       |           |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|------|-------|-----------|---|---|---|---|---|
|                                  | 老年护理 | 2-4-1 | 案例评估与分析   |   |   | √ | 是 | 具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力；具备对老年人群体进行专科护理和健康指导的能力；具有 1+X 证书中老年照护、失智老年人照护等职业技能。 |
|                                  |      |       | 口服给药      |   |   |   |   |   |
|                                  |      |       | 轮椅的使用     |   |   |   |   |   |
|                                  |      | 2-4-2 | 案例评估与分析   | √ |   |   | 是 |   |
|                                  |      |       | 良肢位的摆放    |   |   |   |   |   |
|                                  |      |       | 肌力评定      |   |   |   |   |   |
|                                  |      | 2-4-3 | 案例评估与分析   |   | √ |   | 是 |   |
|                                  |      |       | 氧气吸入      |   |   |   |   |   |
|                                  |      |       | 助行器的使用    |   |   |   |   |   |
| 模块三<br>专业拓展技能<br>(考核时间<br>70min) | 母婴护理 | 3-1-1 | 案例评估与分析   |   |   | √ | 是 | 具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力，能对病人进行有效的健康指导。             |
|                                  |      |       | 母乳喂养指导    |   |   |   |   |   |
|                                  | 成人护理 | 3-2-1 | 案例评估与分析   | √ |   |   | 是 |   |
|                                  |      |       | 糖尿病病人食谱制定 |   |   |   |   |   |
|                                  | 老年护理 | 3-3-1 | 案例评估与分析   |   | √ |   | 是 |   |
|                                  |      |       | 老年人跌倒的预防  |   |   |   |   |   |

## 模块一：专业基础模块

### 项目 1：母婴护理

#### 1. 试题编号：1-1-1 流产病人的护理

##### (1) 任务描述

33 岁，易某，已婚。因停经 50 天，阴道流血半小时入院。无明显腹痛，停经早期有轻度食欲减退，无恶心、呕吐。平素体健，6~7/28 天，量中

等，无血块，未避孕。妇科检查：外阴：少量血迹；阴道：少量暗红色血液，阴道壁紫蓝色；宫颈：光滑，宫口闭合，无举痛；子宫：前位，增大如孕 50 天大小，双附件：未触及包块，无压痛。尿妊娠试验阳性。

诊断：早孕，先兆流产。入院后嘱卧床休息，禁止房事，轻柔检查，心理治疗即稳定其情绪，增强信心，如黄体功能不足者可给予黄体酮等药物治疗，必要时行超声检查了解胚胎发育情况，胚胎发育异常应终止妊娠。

任务 1：请对易某进行护理评估，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：请对易某进行生命体征测量。

任务 3：请对易某进行会阴擦洗护理。

## (2) 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) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶  |                   |
| 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) 洗手液<br>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) 血压计；(4) 听诊器；(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；(10) 干棉球；(11) 卫生纸；(12) 润滑油；(13) 病历本及护理记录单（按需准备） | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。   |                   |

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



## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 生命体征测量   | 100 | 30% |
| 3  | 会阴擦洗     | 100 | 30% |

### 2) 评分细则

#### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|------------------|--|---------------|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分>   | 1. 询问病人现在还有无阴道流血?                              | 4             |    |    |    |
|                  | 2. 询问病人现在有无腹痛?                                 | 4             |    |    |    |
|                  | 3. 询问病人现在有无焦虑不安?                               | 2             |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分>   | 1. 焦虑 与担心胎儿能否保住和胎儿健康等因素有关                      | 5             |    |    |    |
|                  | 2. 有感染的危险 与阴道出血等因素有关                           | 5             |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分>   | 1. 病人焦虑情绪得到缓解                                  | 3             |    |    |    |
|                  | 2. 病人住院期间未发生感染                                 | 4             |    |    |    |
|                  | 3. 情绪逐渐稳定, 能够配合治疗                              | 3             |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分>   | 1. 耐心解答病人及家属的疑问, 安定病人情绪, 宣传加强营养的重要             | 5             |    |    |    |
|                  | 2. 卧床休息, 禁性生活, 避免不必要的妇科检查, 酌情使用镇静剂             | 6             |    |    |    |
|                  | 3. 遵医嘱按病情选用保胎药物, 例如维生素 E、叶酸、黄体酮 (适用于黄体功能低下者) 等 | 7             |    |    |    |
|                  | 4. 观察腹痛及阴道流血情况, 如有组织排出, 应送病理检查                 | 7             |    |    |    |
|                  | 5. 加强会阴护理, 使用无菌会阴垫以防感染                         | 5             |    |    |    |
|                  | 6. 便秘者禁用肥皂水灌肠, 必要时选用开塞露                        | 5             |    |    |    |
|                  | 7. 留晨尿, 作妊娠试验, 动态观察有助于推测预后                     | 5             |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10 分> | 1. 焦虑情绪是否得到缓解                                  | 3             |    |    |    |
|                  | 2. 病人住院期间有无发生感染                                | 4             |    |    |    |
|                  | 3. 情绪是否逐渐稳定, 能否配合治疗                            | 3             |    |    |    |
| 评价<br><20 分>     | 技能<br><10 分>                                   | 1 案例内容要素完整    | 5  |    |    |
|                  |  | 2. 评估程序规范, 熟练 | 5  |    |    |

| 考核内容 |             | 考核点及评分要求                 | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------|-------------|--------------------------|-----|----|----|----|
|      | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通 | 5   |    |    |    |
|      |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育   | 5   |    |    |    |
| 总分   |             |                          | 100 |    |    |    |

## 任务2：生命体征测量评分细则

表3 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 |
|----------------------------|---|-----------------------------------|--------|----|----|----|
| 评估<br>及准<br>备<br><20分>     | 病人<br><9分>  | 1. 核对医嘱                           | 2      |    |    |    |
|                            |   | 2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素       | 3      |    |    |    |
|                            |   | 3. 评估病人局部情况，选择合适测量部位及方法           | 2      |    |    |    |
|                            |   | 4. 评估病人心理状况，解释并取得合作               | 2      |    |    |    |
|                            | 环境<br><2分>  | 清洁、宽敞、明亮、安静，符合生命体征测量要求            | 2      |    |    |    |
|                            | 操作者<br><4分>                                       | 1. 衣帽整洁，佩戴挂表<br>2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩 | 2<br>2 |    |    |    |
| 用物<br><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；按操作先后顺序放置 | 5                                 |        |    |    |    |
| 实施<br><60分>                | 测量<br>体温<br><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，病人安全           | 4      |    |    |    |
|                            |   | 3. 测温时间符合要求                       | 2      |    |    |    |
|                            |   | 4. 读数准确、记录及时                      | 2      |    |    |    |
|                            | 测量<br>脉搏<br><10分>                                 | 1. 沟通有效，病人放松，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. 异常脉搏判断正确，处理及时                  | 3      |    |    |    |
|                            | 测量<br>呼吸<br><8分>                                  | 1. 沟通有效，病人放松                      | 2      |    |    |    |
|                            |   | 2. 测量方法、时间正确                      | 2      |    |    |    |
|                            |   | 3. 呼吸记录正确                         | 2      |    |    |    |
|                            |   | 4. 异常呼吸判断方法正确，处理及时                | 2      |    |    |    |
|                            | 测量<br>血压<br><20分>                                 | 1. 沟通有效，体位准备符合要求                  | 2      |    |    |    |
|                            |   | 2. 袖带缠绕部位正确，松紧度适宜，听诊器胸件放置位置恰当     | 2      |    |    |    |
|                            |   | 3. 血压计0点、肱动脉、心脏在同一水平              | 2      |    |    |    |
|                            |   | 4. 充气量合适                          | 2      |    |    |    |
| 5. 放气速度适宜                  |   | 3                                 |        |    |    |    |
| 6. 血压读数准确                  |   | 3                                 |        |    |    |    |
| 7. 血压计初步处理方法正确，一次性垫巾处理正确   |   | 3                                 |        |    |    |    |
| 8. 协助病人取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确 |   | 3                                 |        |    |    |    |

| 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<br><12分> |             | 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   |    |    |    |
| 评价<br><20分>    | 技能<br><10分> | 1. 病人安全、满意                   | 2   |    |    |    |
|                |             | 2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确       | 3   |    |    |    |
|                |             | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止 | 5   |    |    |    |
|                | 素养<br><10分> | 1. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人            | 5   |    |    |    |
|                |             | 2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适     | 5   |    |    |    |
| 总分             |             |                              | 100 |    |    |    |

### 任务3：会阴擦洗评分细则

表4 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 |
|----------------|---------------|---|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><10分>   | 1. 核对病人信息   | 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. 嘱病人排空膀胱  | 3  |    |    |    |
|                |               | 4. 评估病人会阴情况：会阴有无红肿，有无留置尿管；分泌物有无异味   | 3  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>    | 现场环境符合操作要求  | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><3分>   | 着装整洁  | 3  |    |    |    |
|                | 用物<br><5分>    | 用物准备齐全：（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%碘伏溶液；（5）洗手液 | 5  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 会阴擦洗<br><60分> | 1. 协助病人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. 协助病人取屈膝仰卧位，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病人会阴部   | 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          | 12  |  |  |
|              |                 | 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 | 12  |  |  |
|              |                 | 9. 第 3 遍顺序同第 2 遍（口述）  | 6   |  |  |
|              | 操作后处理<br><10 分> | 1. 撤去用物，协助病人穿好裤子，取舒适体位，整理床单位  | 4   |  |  |
|              |                 | 2. 整理用物   | 3   |  |  |
|              |                 | 3. 消毒双手   | 3   |  |  |
| 评价<br><20 分> | 技能<br><10 分>    | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确  | 3   |  |  |
|              |                 | 2. 病人安全、满意  | 2   |  |  |
|              |                 | 3. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣完 5 分为止                                    | 5   |  |  |
|              | 素养<br><10 分>    | 1. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人   | 5   |  |  |
|              |                 | 2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适  | 5   |  |  |
| 总分           |                 |   | 100 |  |  |

## 2. 试题编号：1-1-2 产褥期病人的护理

### (1) 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: 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。

任务 1: 请对王女士进行护理评估, 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: 请为王女士进行会阴擦洗。

任务 3: 请为王女士进行会阴湿热敷。

### (2) 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 |

| 类型   | 基本实施条件   | 备注                   |
|------|--|----------------------|
| 用物   | (1)一次性垫巾1块；(2)一次性治疗巾1块；(3)会阴垫1块；(4)无菌弯盘2个；(5)镊子2把；(6)无菌纱布若干(7)棉垫；(8)大小棉签各一包；(9)医用凡士林；(10)0.2%碘伏；(10)装有煮沸的50%硫酸镁或95%乙醇的治疗碗；(11)无菌治疗碗(杯)一个；(12)水温计；(13)手消毒剂；(14)必要时备热源袋或红外线灯 | 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  |                      |

### (3) 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：会阴湿热敷：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 会阴擦洗     | 100 | 30% |
| 3  | 会阴湿热敷    | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

##### 任务1：案例评估与分析评分细则

表2 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 |
|---------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分> | 1. 询问并查询产妇妊娠期有无感染；分娩过程是否顺利；产后出血量及会阴撕裂程度。   | 3  |    |    |    |
|               | 2. 了解产妇产前及产后3天内T、P、R、BP情况；了解宫底高度及子宫收缩情况；观察恶露的量、颜色及气味；检查会阴伤口愈合情况、水肿的严重程度；检查乳房有无平坦或凹陷乳头，有乳房胀痛或乳汁淤积的程度。 | 4  |    |    |    |
|               | 3. 了解产妇的心理状况及社会支持状况。   | 3  |    |    |    |
| 护理问题<br><10分> | 1. 疼痛 与产后宫缩痛、会阴伤口红肿及乳房胀痛有关。  | 3  |    |    |    |
|               | 2. 舒适的改变 与产后宫缩痛、会阴切开及恶露有关。   | 3  |    |    |    |
|               | 3. 焦虑 与担心产褥期恢复预后有关。  | 2  |    |    |    |

| 考核内容            | 考核点及评分要求  | 分值                         | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|---|----------------------------|----|----|----|
|                 | 4. 有感染的危险 与会阴切开红肿有关。  | 2                          |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   | 1. 产后宫缩痛 2-3 天逐渐减轻消失。   | 3                          |    |    |    |
|                 | 2. 产妇表示不适程度逐渐减轻。  | 3                          |    |    |    |
|                 | 3. 产妇情绪逐渐稳定, 能够配合治疗护理。  | 2                          |    |    |    |
|                 | 4. 产妇会阴水肿消失, 不发生感染。   | 2                          |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   | 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。  | 6                          |    |    |    |
|                 | 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。  | 8                          |    |    |    |
|                 | 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, 保持会阴部清洁, 用 0.05%聚维酮碘液或 0.2%苯扎溴会阴擦洗每日 2-3 次。③嘱产妇取会阴伤口对侧卧位。④遵医嘱予 50%MgSO <sub>4</sub> 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。 | 10                         |    |    |    |
|                 | 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。  | 8                          |    |    |    |
|                 | 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。  | 8                          |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 产后宫缩痛 2 天后自然消失。  | 3                          |    |    |    |
|                 | 2. 产妇会阴水肿消退, 舒适度增加。   | 3                          |    |    |    |
|                 | 3. 产妇情绪稳定, 主动参与新生儿及自我护理。  | 2                          |    |    |    |
|                 | 4. 产妇体温正常, 未发生感染。   | 2                          |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>   | 1 案例内容要素完整                 | 5  |    |    |
|                 |   | 2. 评估程序规范, 熟练              | 5  |    |    |
|                 | 素养<br><10分>   | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通 | 5  |    |    |
|                 |   | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育     | 5  |    |    |
| 总分              |   | 100                        |    |    |    |

## 任务2: 会阴擦洗评分细则

表 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 |
|----------------|-------------|--------------------------------------|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><10分> | 1. 核对病人信息                            | 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. 嘱病人排空膀胱                           | 3  |    |    |
|                |             | 4. 评估病人会阴情况: 会阴有无红肿, 有无留置尿管; 分泌物有无异味 | 3  |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 现场环境符合操作要求                           | 2  |    |    |
| 操作者<br><3分>    | 着装整洁        | 3                                    |    |    |    |

| 考核内容        |                    | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------------|---|-----|----|----|----|
|             | 用物<br><5分>         | 用物准备齐全：（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%碘伏溶液；（5）洗手液 | 5   |    |    |    |
| 实施<br><60分> | 会阴擦洗<br><60分>      | 1. 协助病人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. 协助病人取屈膝仰卧位，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病人会阴部   | 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   | 12  |    |    |    |
|             |                    | 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  | 12  |    |    |    |
|             |                    | 9. 第3遍顺序同第2遍（口述）  | 6   |    |    |    |
|             | 操作后<br>处理<br><10分> | 1. 撤去用物，协助病人穿好裤子，取舒适体位，整理床单位  | 4   |    |    |    |
| 2. 整理用物     |                    | 3   |     |    |    |    |
| 3. 消毒双手     |                    | 3   |     |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>        | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确  | 5   |    |    |    |
|             |                    | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止  | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>        | 1. 病人安全、满意  | 4   |    |    |    |
|             |                    | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人   | 3   |    |    |    |
|             |                    | 3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适  | 3   |    |    |    |
| 总分          |                    |   | 100 |    |    |    |

### 任务3：会阴湿热敷评分细则

表4 会阴湿热敷评分标准

| 考核内容       |   | 考核点及评分要求 | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------------|---|----------|----|----|----|----|
| 病人<br><8分> | 1. 核对床号、姓名，了解病人会阴伤口水肿面积或血肿大小、检查伤口有无感染，评估病人心理状态及合作程度 |          | 3  |    |    |    |
|            | 2. 解释会阴湿热敷的目的与配合方法（口述目的）                            |          | 3  |    |    |    |

| 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<br><20分>  |                           | 3. 协助病人排空膀胱, 清洁会阴                                      | 2   |    |    |    |
|   | 环境<br><3分>                | 清洁、安静, 温湿度适宜, 用布帘或屏风遮挡, 保护病人隐私                         | 3   |    |    |    |
|   | 操作者<br><4分>               | 1. 着装整洁, 戴好帽子、口罩                                       | 2   |    |    |    |
|   |                           | 2. 修剪指甲, 按七步洗手法洗手                                      | 2   |    |    |    |
|   | 用物<br><5分>                | 用物准备齐全(少一个扣0.5分, 扣完5分为止); 质量符合要求, 按操作先后顺序放置            | 5   |    |    |    |
|   | 再次核对<br><2分>              | 再次核对病人姓名并解释, 取得合作                                      | 2   |    |    |    |
|   | 会阴擦洗<br><10分>             | 1. 无菌治疗碗(杯)内倒入适量0.2%碘伏液, 放入大棉签                         | 2   |    |    |    |
|   |                           | 2. 协助病人取膀胱截石位暴露会阴                                      | 2   |    |    |    |
|   |                           | 3. 臀下垫一次性垫巾及治疗巾  | 2   |    |    |    |
|   |                           | 4. 0.2%碘伏液棉签行会阴擦洗, 清洁局部伤口                              | 4   |    |    |    |
|   | 湿热敷<br><28分>              | 1. 在受敷部位涂凡士林后盖一层无菌纱布                                   | 2   |    |    |    |
|   |                           | 2. 将4-6块无菌纱布块浸入湿热敷溶液中                                  | 2   |    |    |    |
|   |                           | 3. 双手各持1把镊子将纱布拧至不滴水, 展开纱布, 敷在患处, 覆盖4-6块                | 10  |    |    |    |
|   |                           | 4. 在会阴湿热敷纱布块外面盖棉垫保温                                    | 2   |    |    |    |
| 5. 每隔3~5min更换湿敷垫一次, 湿热敷时间为15-30min, 亦可用热源袋放在棉垫外或用红外线灯照射以维持湿热敷温度(口述) |                           | 5  |     |    |    |    |
| 6. 湿热敷完毕, 移去敷料, 擦去皮肤上凡士林, 观察湿热敷处皮肤情况                                |                           | 5  |     |    |    |    |
| 7. 更换清洁会阴垫  |                           | 2  |     |    |    |    |
| 操作后处理<br><5分>   | 1. 协助病人穿好衣裤, 取舒适体位, 整理床单位 | 2  |     |    |    |    |
|   | 2. 初步处理用物, 洗手, 取口罩        | 2  |     |    |    |    |
|   | 3. 记录热敷时间和效果              |  |     |    |    |    |
| 实施<br><60分>   | 注意事项(口述)<br><15分>         | 1. 湿热敷时, 应在会阴擦洗、局部伤口清洁后进行                              | 3   |    |    |    |
|   |                           | 2. 湿热敷的温度一般为41~48℃                                     | 3   |    |    |    |
|   |                           | 3. 湿热敷面积应是病损范围的2倍                                      | 3   |    |    |    |
|   |                           | 4. 湿热敷过程中应定期检查热源袋是否完好, 防止烫伤, 对于休克、虚脱、昏迷及术后感觉不灵敏的病人尤应注意 | 3   |    |    |    |
|   |                           | 5. 湿热敷过程中, 随时评价湿热敷效果                                   | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>   | 技能<br><10分>               | 1. 操作规范, 动作熟练  | 3   |    |    |    |
|   |                           | 2. 湿热敷溶液温度适宜, 皮肤无烫伤                                    | 2   |    |    |    |
|   |                           | 3. 在规定时间内完成, 每超过一分钟扣1分, 扣满5分为止                         | 5   |    |    |    |
|   | 素养<br><10分>               | 1. 态度和蔼, 关心体贴, 与病人及家属沟通有效                              | 5   |    |    |    |
| 2. 保护病人隐私, 病人舒适、安全  |                           | 5  |     |    |    |    |
| 总分  |                           |  | 100 |    |    |    |



## 项目 2：儿童护理

### 1. 试题编号：1-2-1 寒冷损伤综合征患儿的护理

#### (1) 任务描述

患儿，女，15 天，因拒食、反应低下 2 天于 2018 年 1 月收入院。系 G<sub>1</sub>P<sub>1</sub>，孕 37+2 周平产，出生体重 2.54kg，Apgar 评分：1 分钟 10 分。体格检查：体温(肛温)33.5℃，心率 144 次/分，呼吸 37 次/分，体重 2.39kg，反应差，吸吮无力。全身皮肤黄染，心肺无明显异常，脐带已脱落，脐周皮肤稍红，脐窝内有少许分泌物，臀部及两小腿外侧轻度水肿，皮肤光滑呈暗红色，按之呈凹陷性水肿。臀部、肛周皮肤发红。查：血白细胞  $8.5 \times 10^9/L$ ，血糖 2.8mmol/L。诊断为新生儿寒冷损伤综合征。

任务 1：请对患儿进行护理评估，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：医嘱予暖箱保暖，请进行暖箱的使用。

任务 3：请对患儿进行红臀的护理。

#### (2) 实施条件

| 类型   | 实施条件  | 备注                  |
|------|---|---------------------|
| 场地   | (1) 新生儿模拟病房；(2) 模拟处置室   |                     |
| 资源   | (1) 暖箱；(2) 仿真早产儿；(3) 治疗车；(4) 处置室备有生活、医用垃圾桶；(5) 标准化新生儿家属   |                     |
| 用物   | 暖箱使用用物：(1) 暖箱；(2) 体温计；(3) 蒸馏水；(4) 手消毒液；(5) 已消毒的布床单；(6) 笔；(7) 病历本及护理记录单（按需准备）；(8) 治疗车<br>红臀的护理用物：(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。  |                     |

#### (3) 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: 红臀的护理: 30 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 20 分钟)。

#### (4) 评分标准

##### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 暖箱的使用    | 100 | 30% |
| 3  | 红臀的护理    | 100 | 30% |

##### 2) 评分细则

##### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 评估患儿体温 (腋温和肛温)  | 4  |    |    |    |
|                | 2. 评估患儿皮下硬肿部位及范围   | 3  |    |    |    |
|                | 3. 评估患儿呼吸、心率、哭声、吸吮力、反应、脐部情况  | 3  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 体温过低: 与寒冷、体重轻、感染有关。   | 3  |    |    |    |
|                | 2. 有皮肤完整性受损的危险 与皮肤硬肿、脐部感染有关。   | 3  |    |    |    |
|                | 3. 有营养失调的危险: 低于机体需要量 与吸吮力差、拒乳及感染后消耗增多有关。   | 2  |    |    |    |
|                | 4. 知识缺乏: 家长缺乏正确的保暖及育儿知识。   | 2  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 患儿体温恢复正常;   | 3  |    |    |    |
|                | 2. 患儿臀部及下肢皮下硬肿消退, 脐部干燥无红肿;   | 3  |    |    |    |
|                | 3. 患儿营养状况正常, 体重增长满意;   | 2  |    |    |    |
|                | 4. 患儿家属了解患儿生病的原因, 能进行正确的喂养和护理。   | 2  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 1. 复温 原则是循序渐进, 逐渐复温。调节室温在 22-24℃, 湿度 55%-65%。将患儿置于预热至 33℃-34℃ 暖箱中。                   | 8  |    |    |    |
|                | 2. 合理喂养 严格按照鼻饲喂养的要求, 给予营养, 密切观察患儿的消化情况, 并作好鼻饲管护理及口腔护理。                               | 7  |    |    |    |
|                | 3. 保持脐部皮肤清洁干燥, 用 75%酒精从脐根部由内向外环形彻底清洗消毒, 2-3 次/d。                                     | 6  |    |    |    |
|                | 4. 加强消毒管理, 防止交叉感染, 严格遵守操作规程。   | 6  |    |    |    |
|                | 5. 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、吸吮力, 皮肤黄疸情况等。 | 7  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求                                     | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
|                 |             | 6. 向家属介绍有关新生儿寒冷损伤综合征的发生原因,科学的喂哺方法及正确的脐部护理知识。 | 6   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 患儿体温是否恢复正常;                               | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患儿原有硬肿是否消退,皮肤是否完整,脐部是否清洁干燥;               | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 患儿体重增长是否满意;                               | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 患儿家属是否能进行正确的喂养和护理。                        | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整                                   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练                                | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对患儿态度和蔼, 语言亲切, 能与患儿家属进行有效的沟通              | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能给患儿家属采用个性化的方式进行健康教育。                     | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

## 任务2: 暖箱的使用评分细则

表 3 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 |
|----------------|-------------------|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 患儿<br><6分>        | 1. 评估患儿胎龄、日龄、体重及身体状况   | 3  |    |    |    |
|                |                   | 2. 测量肛温  | 3  |    |    |    |
|                | 环境<br><5分>        | 温度 23℃ 以上, 湿度 55%~60%, 暖箱应避免太阳直射, 冬季注意避开热源及冷空气对流处。(口述)   | 5  |    |    |    |
|                | 操作者<br><3分>       | 穿戴整齐, 修剪指甲, 洗手, 戴口罩  | 3  |    |    |    |
|                | 用物<br><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; 按操作先后顺序放置  | 6  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 入箱前检查与准备<br><22分> | 1. 检查暖箱消毒日期, 确定在消毒有效期内。  | 3  |    |    |    |
|                |                   | 2. 检查暖箱机械性能, 如暖箱脚刹能否固定、床能否正常移出、操作窗的密封性是否良好等。   | 3  |    |    |    |
|                |                   | 3. 将蒸馏水或灭菌用水加入暖箱水槽中至水位指示线(无指示线者加至 1/2~2/3 位置), 固定脚踏车。  | 4  |    |    |    |
|                |                   | 4. 接通电源, 打开开关, 检查暖箱工作情况, 确认所有的显示器和指示灯变亮, 且暖箱风机无噪音。   | 4  |    |    |    |
|                |                   | 5. 将消毒的布床单平整的铺于暖箱床垫上。  | 3  |    |    |    |
|                |                   | 6. 根据患儿的日龄及体重设定暖箱温度和湿度, 预热。  | 5  |    |    |    |
|                | 入箱及箱内护理<br><24分>  | 1. <b>入箱:</b> 打开箱门, 核对患儿信息, 脱去患儿衣物(留纸尿裤), 将患儿抱入暖箱中, 关闭暖箱门。根据患儿情况适当摇高床头。                                      | 8  |    |    |    |
|                |                   | 2. <b>箱内护理:</b> 护理操作集中进行, 每次护理前均需洗手或用手消毒液消毒双手。定时测量体温(在患儿体温未升至正常之前应每小时监测 1 次, 升至正常后可每 4 小时测 1 次, 注意保持体温在 36℃~ | 8  |    |    |    |

|                            |               |   |     |  |  |  |
|----------------------------|---------------|---|-----|--|--|--|
|                            |               | 37℃), 密切观察患儿面色、呼吸、心率及病情变化, 根据体温调节箱温, 并做好记录。(口述)   |     |  |  |  |
|                            |               | 3. 暖箱保养: 1) 每天更换蒸馏水或灭菌用水; 2) 温箱内外每天用消毒液擦拭, 再用清水擦拭一遍; 3) 暖箱每周更换 1 次, 用过的温箱除用消毒液擦拭外, 还需用紫外线照射 30 分钟消毒。(口述)                      | 8   |  |  |  |
|                            | 出箱<br><6分>    | 独立条件: (口述)<br>1) 低出生体重儿体重达 2000g 以上。<br>2) 在不加热的温箱内, 室温维持在 24℃~26℃时, 患儿能保持正常体温。<br>3) 患儿在温箱中生活了 1 个月以上, 体重虽不到 2000g, 但一般情况良好。 | 6   |  |  |  |
|                            | 出箱后护理<br><8分> | 1. 检查患儿全身情况, 根据室温给患儿穿上适宜的衣物;  | 2   |  |  |  |
| 2. 密切留意患儿体温、体重及吸奶等情况; (口述) |               | 2   |     |  |  |  |
| 3. 暖箱终末消毒; (口述方法)          |               | 2   |     |  |  |  |
| 4. 洗手, 记录暖箱消毒时间。整理用物。      |               | 2   |     |  |  |  |
| 评价<br><20分>                | 技能<br><10分>   | 1. 操作规范, 动作熟练。  | 2   |  |  |  |
|                            |               | 2. 能否根据案例信息正确设置暖箱的温度和湿度。  | 3   |  |  |  |
|                            |               | 3. 在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣完 5 分为止。   | 5   |  |  |  |
|                            | 素养<br><10分>   | 1. 仪表举止大方得体, 关爱患儿。  | 5   |  |  |  |
|                            |               | 2. 有保证患儿安全、保持患儿舒适意识。  | 5   |  |  |  |
| 总分                         |               |   | 100 |  |  |  |

### 任务 3: 红臀的护理评分细则

表 4 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 |
|----------------|---|---------------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 患儿<br><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<br><5分>  | 符合红臀的护理要求                 | 5  |    |    |    |
|                | 操作者<br><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<br><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; 按操作先后顺序放置 | 5                         |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 操作前准备<br><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   | 1. 轻提患儿双足, 用温水从前向后清洗臀部    | 5  |    |    |    |

|                     |                    |   |     |  |  |  |  |
|---------------------|--------------------|---|-----|--|--|--|--|
|                     | 洁<br><10分>         | 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<br>护理            | 轻度<br>红臀           | 1.红臀部位局部涂抹鞣酸软膏                          | 10  |  |  |  |  |
|                     |                    | 2.环型按摩,动作娴熟,情感交流自然、真切                   | 8   |  |  |  |  |
|                     |                    | 3.兜好松紧适宜、透气纸尿裤,感情交流自然                   | 10  |  |  |  |  |
|                     |                    | 4.每2小时更换一次纸尿裤(口述)                       | 5   |  |  |  |  |
|                     | 重度<br>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) | 7   |  |  |  |  |
|                     |                    | 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              | 8   |  |  |  |  |
|                     |                    | 4.兜好松紧适宜、透气纸尿裤,感情交流自然                   | 8   |  |  |  |  |
|                     |                    | 5.根据需要及时更换纸尿裤(口述)                       | 5   |  |  |  |  |
|                     | 护理后<br>处理<10<br>分> | 1.帮助患儿穿好衣物                              | 2   |  |  |  |  |
| 2.患儿安置妥当,指导家属如何预防红臀 |                    | 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                                       |     |  |  |  |  |
| 评价<br><20分>         | 技能<br><10分>        | 1.操作规范,动作熟练                             | 5   |  |  |  |  |
|                     |                    | 2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满5分为止             | 5   |  |  |  |  |
|                     | 素养<br><10分>        | 1.与家属沟通有效                               | 3   |  |  |  |  |
|                     |                    | 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,体现整体护理理念                | 3   |  |  |  |  |
| 总分                  |                    |   | 100 |  |  |  |  |

## 2. 试题编号: 1-2-2 急性肾小球肾炎患儿的护理

### (1) 任务描述

患儿,男,7岁,因发热5天、家长发现其晨起双眼睑和下肢水肿2天入院。病人半月前有“扁桃体炎”病史,3天前无明显诱因出现晨起后眼睑水肿,活动后水肿减轻,但近2日水肿有所加重,家长回忆说患儿同时伴食欲减退、偶有呕吐。评估发现患儿颜面水肿明显,眼裂小,双下肢非凹陷性水肿。起病以来,患儿精神状况尚可,自诉乏力,平卧位时感呼吸费力,食欲差,睡眠可,小便量明显减少,呈洗肉水样,近2天大便较稀,每日4-5

次。尿常规:尿蛋白(++),白细胞 12-15 个/HP,隐血(++++),红细胞满视野。  
入院诊断:急性肾小球肾炎。

任务 1: 请对患儿行护理评估,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: 患儿述肛周不适,评估发现其肛周皮肤发红,可见少量脱皮。请为病人进行红臀的护理。

任务 3: 请对患儿进行生命体征的测量。

## (2) 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) 病床;(2) 治疗车;(3) 志愿者(主考学校随机指定);(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶;(5) 屏风或床帘  | 选择体型娇小志愿者              |
| 用物   | 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) 血压计;(4) 听诊器;(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;(10) 干棉球;(11) 卫生纸;(12) 润滑油;(13) 病历本及护理记录单(按需准备)<br>红臀的护理用物:(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 | 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。  |                        |

## (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

任务 2: 红臀的护理: 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)。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 2  | 红臀的护理    | 100 | 30% |
| 3  | 生命体征测量   | 100 | 30% |

## 2) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|---|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 了解患儿发病前有无链球菌感染史(急性扁桃体炎)  | 4  |    |    |    |
|                | 2. 评估患儿目前水肿的部位及皮肤状况、体重变化情况  | 3  |    |    |    |
|                | 3. 评估患儿尿量及尿的颜色、呼吸、心率、血压的改变。   | 3  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 体液过多 与肾小球滤过率下降致水钠潴留有关。   | 2  |    |    |    |
|                | 2. 活动无耐力 与水肿、血压升高有关。  | 2  |    |    |    |
|                | 3. 体温过高 与链球菌感染后的免疫反应有关。   | 2  |    |    |    |
|                | 4. 皮肤完整性受损 与局部受大便刺激有关。  | 2  |    |    |    |
|                | 5. 潜在并发症:严重循环充血、高血压脑病、急性肾衰竭。  | 2  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 患儿尿量增加,水肿消退。   | 2  |    |    |    |
|                | 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。   | 2  |    |    |    |
|                | 3. 患儿体温维持正常。  | 2  |    |    |    |
|                | 4. 患儿肛周皮肤得到修复。  | 2  |    |    |    |
|                | 5. 患儿无并发症发生或发生时能得到及时发现与处理。  | 2  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 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。                             | 5  |    |    |    |
|                | 2. 病情观察:严密观察血压和心率变化,注意水肿程度及部位,每日或隔日测体重一次,做好出入量记录,观察尿量及尿色。严密观察生命体征变化,警惕并发症的发生。         | 7  |    |    |    |
|                | 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,应用利尿药时,观察患儿体重、尿量、水肿的变化并做好记录,注意观察有无电解质紊乱的发生。          | 7  |    |    |    |
|                | 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,控制在 0.5g/(kg. d),并给予优质动物蛋白。 | 6  |    |    |    |
|                | 5. 臀部护理:指导患儿便后及时清洗,保持臀部皮肤的清洁与干燥,局部涂抹氧化锌软膏促进皮肤愈合。                                      | 5  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
|                 |             | 6. 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。 | 5   |    |    |    |
|                 |             | 7. 健康指导: 向患儿和家长介绍本病为自限性疾病, 预后良好; 强调限制患儿活动是控制病情进展的关键。                          | 5   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 患儿尿量是否增加, 水肿是否消退。  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患儿活动耐力是否逐步恢复, 肉眼血尿是否消失, 血压是否维持在正常范围。                                       | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 患儿体温是否恢复正常。  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 患儿臀部皮肤是否出现恢复完整。  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 5. 有无出现并发症或出现时是否及时发现和处理。  | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对患儿态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据患儿采用个性化的方式进行健康教育  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务 2: 红臀的护理评分细则

表 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 |
|----------------|---|---|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 患儿<br><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<br><5分>  | 符合红臀的护理要求                               | 5  |    |    |    |
|                | 操作者<br><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<br><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; 按操作先后顺序放置 | 5                                       |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 操作前准备<br><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<br><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<br>轻度  | 1. 红臀部位局部涂抹鞣酸软膏                         | 10 |    |    |    |
|                |   | 2. 环型按摩, 动作娴熟, 情感交流自然、真切                | 8  |    |    |    |



|                  |            |  |  |    |  |  |  |
|------------------|------------|--|--|----|--|--|--|
|                  | <33分>      | 红臀                                     | 3. 兜好松紧适宜、透气纸尿裤，感情交流自然                   | 10 |  |  |  |
|                  |            |  | 4. 每2小时更换一次纸尿裤（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） | 7  |  |  |  |
|                  |            |  | 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，感情交流自然、真切              | 8  |  |  |  |
|                  |            | 4. 兜好松紧适宜、透气纸尿裤，感情交流自然                 | 8  |    |  |  |  |
|                  |            | 5. 根据需要及时更换纸尿裤（口述）                     | 5  |    |  |  |  |
|                  | 护理后处理<10分> | 1. 帮助患儿穿好衣物                            | 2  |    |  |  |  |
|                  |            | 2. 患儿安置妥当，指导家属如何预防红臀                   | 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                                      |  |    |  |  |  |
| 评价<20分>          | 技能<10分>    | 1. 操作规范，动作熟练                           | 5  |    |  |  |  |
|                  |            | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止           | 5  |    |  |  |  |
|                  | 素养<10分>    | 1. 与家属沟通有效                             | 3  |    |  |  |  |
|                  |            | 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，体现整体护理理念              | 3  |    |  |  |  |
| 总分               |            |  | 100                                      |    |  |  |  |

### 任务3：生命体征测量评分细则

表4 生命体征测量评分标准

| 考核内容             |   | 考核点及评分要求                   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------------------|---|----------------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<20分>       | 患儿<9分>  | 1.核对医嘱                     | 2  |    |    |    |
|                  |   | 2.评估患儿全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素 | 3  |    |    |    |
|                  |   | 3.评估患儿局部情况，选择合适测量部位及方法     | 2  |    |    |    |
|                  |   | 4.评估患儿心理状况，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<br>对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 5                          |    |    |    |    |
| 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，患儿安全     | 4  |    |    |    |
|                  |   | 3.测温时间符合要求                 | 2  |    |    |    |
|                  |   | 4.读数准确、记录及时                | 2  |    |    |    |

| 考核内容        |                | 考核点及评分要求                            | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|----------------|-------------------------------------|-----|----|----|----|
|             | 测量脉搏<br><10分>  | 1.沟通有效, 患儿放松, 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.异常脉搏判断正确, 处理及时                    | 3   |    |    |    |
|             | 测量呼吸<br><8分>   | 1.沟通有效, 患儿放松                        | 2   |    |    |    |
|             |                | 2.测量方法、时间正确                         | 2   |    |    |    |
|             |                | 3.呼吸记录正确                            | 2   |    |    |    |
|             |                | 4.异常呼吸判断方法正确, 处理及时                  | 2   |    |    |    |
|             | 测量血压<br><20分>  | 1.沟通有效, 体位准备符合要求                    | 2   |    |    |    |
|             |                | 2.袖带缠绕部位正确, 松紧度适宜, 听诊器胸件放置位置恰当      | 2   |    |    |    |
|             |                | 3.血压计 0 点、肱动脉、心脏在同一水平               | 2   |    |    |    |
|             |                | 4.充气量合适                             | 2   |    |    |    |
|             |                | 5.放气速度适宜                            | 3   |    |    |    |
|             |                | 6.血压读数准确                            | 3   |    |    |    |
|             |                | 7.血压计初步处理方法正确, 一次性垫巾处理正确            | 3   |    |    |    |
|             |                | 8.协助患儿取舒适卧位, 整理床单位, 血压值记录正确         | 3   |    |    |    |
|             | 测量后处理<br><12分> | 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   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>    | 1.患儿安全、满意                           | 2   |    |    |    |
|             |                | 2.操作规范, 动作熟练、轻柔, 测量结果准确             | 3   |    |    |    |
|             |                | 3.在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣完 5 分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>    | 1.语言亲切, 态度和蔼, 关爱患儿                  | 5   |    |    |    |
|             |                | 2.沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适           | 5   |    |    |    |
| 总分          |                |                                     | 100 |    |    |    |

## 项目 3: 成人护理

### 1. 试题编号: 1-3-1 蛛网膜下腔出血病人的护理

#### (1) 任务描述

谭某, 男, 42 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剧烈头痛, 进行性加重, 伴恶心、呕吐, 呕吐 4 次, 为胃内容物, 出现一过性右下肢无力, 无视物旋转, 无抽搐及意识障碍, 急入我院, 查体: T36.5℃, P76 次/分, R20 次/分, BP 150/105mmHg, 神志清楚, 言语清晰, 精神状态差, 头颅 CT 示“蛛网膜下腔出血”, 收

住我科。发病以来精神差，睡眠差，非常焦虑，未进饮食，大小便无异常。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：请对谭某进行护理评估，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：请对谭某进行神经系统（脑膜刺激征）检查。

任务 3：请对谭某进行口腔护理。

## （2）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）屏风或布帘；（5）生活垃圾桶、医用垃圾桶   |                   |
| 用物   | 脑膜刺激征评估用物：（1）手消毒液；（2）笔；（3）护理记录单<br>口腔护理用物：（1）口腔护理盘（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）护理记录单 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

## （3）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 2 分钟，操作 8 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）。

## （4）评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求      | 分值  | 权重  |
|----|---------------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析       | 100 | 40% |
| 2  | 神经系统评估（脑膜刺激征） | 100 | 30% |

|   |      |     |     |
|---|------|-----|-----|
| 3 | 口腔护理 | 100 | 30% |
|---|------|-----|-----|

## 2) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|-----------------|---|-------------------------|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   | 1. 询问病人现在还有无头痛?   | 4                       |    |    |    |
|                 | 2. 询问病人现在有无呕吐?  | 3                       |    |    |    |
|                 | 3. 询问病人现在还有无肢体无力?   | 3                       |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   | 1. 疼痛: 头痛 与脑水肿、颅内压增高、血液刺激有关。  | 4                       |    |    |    |
|                 | 2. 焦虑 与突发疾病, 健康受威胁有关。   | 3                       |    |    |    |
|                 | 3. 潜在并发症: 再出血、脑疝。   | 3                       |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   | 1. 病人头痛能够得到缓解, 并能及时监测、汇报及处理。  | 4                       |    |    |    |
|                 | 2. 病人焦虑情绪能得到缓解, 能够配合治疗。   | 3                       |    |    |    |
|                 | 3. 病人未发生并发症。  | 3                       |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   | 1. 生活护理: 急性期绝对卧床休息 4-6 周, 头部抬高 15—30°, 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。                                      | 5                       |    |    |    |
|                 | 2. 病情观察: 严密观察病情变化。及时测量体温、血压、脉搏、呼吸、神志、瞳孔变化。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。 | 10                      |    |    |    |
|                 | 3. 药物护理: 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。 | 10                      |    |    |    |
|                 | 4. 饮食护理: 给予少渣饮食或流质、多食蔬菜水果、保持大便通畅, 以免发生再出血。发生应激性溃疡者应禁食。有意识障碍及吞咽障碍者予以鼻饲流质。  | 10                      |    |    |    |
|                 | 5. 心理护理: 予心理支持, 使病人情绪稳定, 安心接受治疗。  | 5                       |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 病人头痛是否能够得到缓解, 并能及时监测、汇报及处理。  | 4                       |    |    |    |
|                 | 2. 病人焦虑情绪能否得到缓解, 能够配合治疗。  | 3                       |    |    |    |
|                 | 3. 病人是否发生并发症。   | 3                       |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>   | 1. 具有严谨的工作态度, 案例内容要素完整。 | 5  |    |    |
|                 | 2. 评估程序规范、熟练。   | 5                       |    |    |    |
| 素养<br><10分>     | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通。   | 5                       |    |    |    |
|                 | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育  | 5                       |    |    |    |
| 总分              |   | 100                     |    |    |    |

## 任务2：神经系统评估（脑膜刺激征）评分细则

表3 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 |
|-------------------|--|---|-----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分>    | 病人<br><8分>                               | 1. 核对医嘱   | 1   |    |    |    |
|                   |  | 2. 核对病人信息，解释说明目的  | 5   |    |    |    |
|                   |  | 3. 评估病人全身情况、意识状态  | 2   |    |    |    |
|                   | 环境<br><2分>                               | 环境安静、干燥、整洁、光线适中、室温适宜  | 2   |    |    |    |
|                   | 操作者<br><5分>                              | 衣帽整洁，洗手，戴口罩   | 5   |    |    |    |
| 用物<br><5分>        | 用物准备齐全（少或者准备错误一个扣0.2分，最多扣2分）；摆放有序，符合操作原则 | 5   |     |    |    |    |
| 实施<br><60分>       | 脑膜刺激征检查<br><40分>                         | 1. 再次核对病人信息   | 3   |    |    |    |
|                   |  | 2. 沟通并交代注意事项  | 2   |    |    |    |
|                   |  | 3. 协助患者取去枕仰卧位   | 5   |    |    |    |
|                   |  | 4. 颈强直：评估者以一手托病人枕部，另一只手置于病人前胸，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  |    |    |    |
|                   |  | 5. Kernig 征（克尼格征）：将病人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：观察病人膝关节能否伸达 135° 以上，如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛，则为阳性。） | 10  |    |    |    |
|                   |  | 6. Brudzinski 征（布鲁津斯基征）：双下肢伸直，以右手置于病人前胸，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  |    |    |    |
|                   | 操作后处理<br><20分>                           | 1. 协助取舒适体位，整理床单位  | 3   |    |    |    |
|                   |  | 2. 洗手，脱口罩，记录  | 6   |    |    |    |
|                   |  | 3. 报告检查结果   | 2   |    |    |    |
|                   |  | 4. 口述脑膜刺激征阳性意义  | 3   |    |    |    |
|                   |  | 5. 询问病人的感受，并健康指导  | 4   |    |    |    |
| 6. 整理用物           |  | 2   |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>       | 技能<br><10分>                              | 1. 病人安全、满意  | 3   |    |    |    |
|                   |  | 2. 操作规范，动作熟练、轻柔   | 2   |    |    |    |
|                   |  | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止  | 5   |    |    |    |
|                   | 素养<br><10分>                              | 1. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适  | 5   |    |    |    |
| 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人 |  | 5   |     |    |    |    |
| 总分                |  |   | 100 |    |    |    |

### 任务 3：口腔护理评分细则

表 4 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 |
|----------------|--|---|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 患者<br><9分>                               | 1. 核对医嘱   | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 评估病人全身情况:年龄、病情、意识状态  | 3  |    |    |    |
|                |  | 3. 评估病人口腔情况,选择合适漱口溶液:有无松动性牙齿和活动性义齿                                    | 2  |    |    |    |
|                |  | 4. 评估病人心理状况,解释并取得合作   | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>                               | 清洁、安静、明亮,符合操作要求   | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>                              | 1. 着装整齐   | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 洗手,戴口罩   | 2  |    |    |    |
| 用物<br><5分>     | 用物准备齐全(少或者准备错误一个扣0.2分,最多扣2分);摆放有序,符合操作原则 | 5   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 口腔护理<br><50分>                            | 1. 推车带用物至病人床旁,核对病人床号、姓名并核对手腕标识带                                       | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 向病人或家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项  | 2  |    |    |    |
|                |  | 3. 协助病人取合适体位,头偏向一侧(右侧),面向护士   | 2  |    |    |    |
|                |  | 4. 戴手套,取治疗巾铺于颌下,弯盘放于口角旁,清点棉球数量  | 4  |    |    |    |
|                |  | 5. 先湿润口唇与口角,再协助病人用吸水管吸水漱口(昏迷病人禁止漱口)                                   | 2  |    |    |    |
|                |  | 6. 嘱病人张口(昏迷病人使用开口器协助张口),观察口腔情况,有活动性义齿的取下义齿,用冷水冲洗干净浸于冷水中               | 3  |    |    |    |
|                |  | 7. 嘱病人咬合上下齿,用压舌板撑开左侧颊部,夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面,(由臼齿擦向门齿)同法擦洗对侧              | 8  |    |    |    |
|                |  | 8. 嘱病人张口(昏迷病人使用开口器协助张口),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 |    |    |    |
|                |  | 9. 擦洗硬腭部、舌面及舌下  | 3  |    |    |    |
|                |  | 10. 再次漱口  | 2  |    |    |    |
|                |  | 11. 遵医嘱给口腔黏膜异常者用药   | 2  |    |    |    |
|                |  | 12. 再次评估口腔情况  | 2  |    |    |    |
|                |  | 13. 收弯盘,清点棉球数量,根据需要协助病人佩戴义齿   | 4  |    |    |    |

| 考核内容        |              | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
|             |              | 14. 取下治疗巾, 协助病人取舒适卧位, 整理床单位    | 3   |    |    |    |
|             |              | 15. 按规定处理用物, 脱手套,              | 3   |    |    |    |
|             |              | 16. 洗手, 取下口罩, 记录               | 3   |    |    |    |
|             | 健康指导<br><5分> | 17. 询问病人的感受, 健康指导              | 5   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>  | 1. 病人满意, 口腔清洁、舒适, 无口腔黏膜、牙龈出血   | 2   |    |    |    |
|             |              | 2. 操作规范, 流程熟练, 能正确选择口腔护理液      | 3   |    |    |    |
|             |              | 3. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>  | 1. 仪表举止大方得体, 关爱病人, 体现整体护理理念    | 5   |    |    |    |
|             |              | 2. 护患沟通有效, 病人合作                | 5   |    |    |    |
| 总分          |              |                                | 100 |    |    |    |

## 2. 试题编号: 1-3-2 急性阑尾炎术后的护理

### (1) 任务描述

张某, 男, 30岁, 5天前因突发转移性右下腹痛伴恶心呕吐4小时入院, 入院后体查: T: 39.2℃, P: 85次/分, R: 21次/分, BP 120/75mmHg; 一般情况可, 腹部平软, 麦氏点压痛明显, 无反弹痛。血常规: 白细胞计数  $8.5 \times 10^9$ , 中性粒细胞 0.87, B超检查提示阑尾炎。患者4天前急诊行阑尾切除术, 手术顺利。现患者手术伤口无明显不适。临床诊断: 急性阑尾炎术后。

任务一: 请对患者进行护理评估, 并提出主要的护理问题。

任务二: 请执行无菌技术操作。

任务三: 请你对患者进行腹部手术切口的清洁换药。

### (2) 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 |    |

| 类型   | 实施条件  | 备注                |
|------|---|-------------------|
| 用物   | 无菌技术操作用物：(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) 便签、笔；<br>换药操作用物：(1) 换药包；(2) 碗盘；(3) 敷料罐；(4) 碘伏；(5) 酒精；(6) 持物筒；(7) 一次性中单；(8) 胶布；(9) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶。 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

### (3) 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：伤口换药：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 无菌技术     | 100 | 30% |
| 3  | 换药       | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|-----------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 了解病人现在有无腹痛？        | 3  |    |    |    |
|                | 2. 询问病人是否还有恶心呕吐？      | 2  |    |    |    |
|                | 3. 询问病人手术伤口部位是否有明显疼痛？ | 3  |    |    |    |
|                | 4. 询问病人有无腹胀便秘？        | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 疼痛 与阑尾炎炎症刺激与手术创伤有关 | 4  |    |    |    |
|                | 2. 体温过高 与阑尾炎症有关       | 3  |    |    |    |



| 考核内容            |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
|                 |             | 3. 术后潜在并发症 出血, 切口感染, 粪瘘, 腹腔脓肿等                          | 3   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 腹痛得到缓解   | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 恶心呕吐缓解, 食欲增强   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 未发生术后并发症   | 3   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 术后采取半卧位  | 8   |    |    |    |
|                 |             | 2. 术后6小时给予流质饮食, 肛门排气后可给予半流质饮食, 至术后5-6日转成软质普食。勿进食过多易产气食物 | 8   |    |    |    |
|                 |             | 3. 鼓励患者早期下床活动   | 8   |    |    |    |
|                 |             | 4. 监测患者基本生命体征   | 8   |    |    |    |
|                 |             | 5. 观察患者手术切口及腹部体征变化, 保持伤口敷料干燥清洁, 及时换药                    | 8   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 患者腹痛是否缓解, 腹部手术切口愈合是否良好                               | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患者恶心呕吐是否缓解, 术后进食情况是否良好                               | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 有无发生手术后的并发症  | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通                              | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育                                  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务2: 无菌技术评分细则

表3 无菌技术评分标准

| 考核内容           |              | 考核点及评分要求   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|--------------|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 环境<br><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<br><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<br><5分>   | 用物准备齐全(少或者准备错误一个扣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  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 铺无菌巾<br><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  |    |    |    |

| 考核内容         |                | 考核点及评分要求   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------|----------------|--|----|----|----|----|
|              |                | 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<br><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  |    |    |    |
|              | 倒无菌溶液<br><12分> | 1. 再次检查无菌溶液  | 2  |    |    |    |
|              |                | 2. 开瓶塞，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. 及时盖好瓶塞，记录开瓶时间，签名  | 3  |    |    |    |
|              | 取无菌物品<br><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<br><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，记录铺无菌盘日期和时间，签名 | 5  |    |    |    |
|              | 戴、脱手套<br><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. 将无菌血管钳放在治疗碗中，托碗操作   | 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<br><3分>  | 1. 垃圾初步处理正确  | 2  |    |    |    |
| 2. 消毒双手，取下口罩 |                | 1  |    |    |    |    |
| 评价<br><20分>  | 技能<br><10分>    | 1. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止   | 5  |    |    |    |
|              |                | 2. 跨越无菌区一次扣2分，污染一次扣3分，无菌物品掉地上或其他严重污染及时更换扣5分，无菌物品严重污染不更换继续使用则考核为“不合格” | 5  |    |    |    |
|              | 素养<br><10分>    | 1. 操作规范，流程熟练   | 5  |    |    |    |
|              |                | 2. 坚持无菌技术操作原则，无菌观念强  | 5  |    |    |    |

| 考核内容 | 考核点及评分要求 | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------|----------|-----|----|----|----|
| 总分   |          | 100 |    |    |    |

### 任务3：换药评分细则

表4 换药评分标准

| 考核内容           | 考核点及评分要求            | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |  |
|----------------|---------------------|---|----|----|----|--|
| 评估及准备<br>(20分) | 病人<br>(5分)          | 核对病人一般情况，包括姓名、年龄、病情、伤口情况                              | 5  |    |    |  |
|                | 环境<br>(5分)          | 清洁、宽敞、明亮，温度适宜，符合无菌操作要求                                | 5  |    |    |  |
|                | 操作者<br>(5分)         | 着装整洁，符合操作要求   | 5  |    |    |  |
|                | 用物<br>(5分)          | 用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一<br>对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 5  |    |    |  |
| 实施<br>(60分)    | 与病人沟<br>通<br>(6分)   | 向病人说明换药的目的、配合方法及注意事项                                  | 6  |    |    |  |
|                | 取下敷料<br>(14分)       | 1. 病人平卧位  | 3  |    |    |  |
|                |                     | 2. 充分暴露伤口   | 3  |    |    |  |
|                |                     | 3. 用手揭开胶布并移去外层敷料                                      | 4  |    |    |  |
|                |                     | 4. 内层敷料用镊子揭去，先用生理盐水棉球沾湿内层敷料                           | 4  |    |    |  |
|                | 两把镊子<br>操作<br>(10分) | 1. 使用两把镊子操作，符合操作要求                                    | 6  |    |    |  |
|                |                     | 2. 观察伤口，口述伤口情况  | 4  |    |    |  |
|                | 处理伤口<br>(10分)       | 1. 由伤口中心向外周涂擦，不可留白，消毒范围距伤口<br>5-6cm，消毒2-3遍            | 4  |    |    |  |
|                |                     | 2. 清除伤口内的分泌物和异物                                       | 3  |    |    |  |
|                |                     | 3. 用生理盐水棉球清洁伤口，由内向外涂擦                                 | 3  |    |    |  |
|                | 覆盖敷料<br>(10分)       | 1. 用无菌纱布覆盖伤口并固定，纱布边缘距离切口3cm<br>以上，下层纱布光面向下，上层纱布光滑面向上  | 6  |    |    |  |
|                |                     | 2. 粘贴胶布的方向应与躯干长轴垂直，长短和数量适宜                            | 4  |    |    |  |
|                | 指导病人<br>(4分)        | 告知病人注意保护伤口敷料，注意休息，如有问题及时<br>通知医生或护士                   | 4  |    |    |  |
| 整理记录<br>(6分)   | 1. 协助病人取舒适卧位，整理床单位  | 2   |    |    |    |  |
|                | 2. 按要求分类处理用品，洗手     | 2   |    |    |    |  |
|                | 3. 规范记录             | 2   |    |    |    |  |
| 评价<br>(20分)    | 技能<br>(10分)         | 1. 操作规范，动作熟练  | 5  |    |    |  |
|                |                     | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分<br>为止                      | 5  |    |    |  |

|             |                |     |  |  |
|-------------|----------------|-----|--|--|
| 素养<br><10分> | 1. 态度和蔼，关爱病人   | 3   |  |  |
|             | 2. 注意保护病人安全    | 3   |  |  |
|             | 3. 沟通良好，取得病人合作 | 4   |  |  |
| 总分          |                | 100 |  |  |

### 3. 试题编号：1-3-3 脑梗死病人的护理

#### (1) 任务描述

患者郑某，男，72岁。今晨起床时突感左侧肢体乏力，口角歪向右侧，急诊入院。既往“高血压”病史30年，“心脏病”病史8年并植入心脏起搏器。查体：T36.7℃，P80次/分，R20次/分，BP160/90mmHg。神志清楚，精神差，左侧鼻唇沟变浅；左侧肢体肌力Ⅱ级，右侧肢体肌力Ⅴ级，左侧躯体感觉减退，左侧巴氏征(+)。CT检查：右侧额颞叶、基底节区梗死。初步诊断：脑梗死。

任务1：请对郑某进行护理评估，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：请对郑某进行神经系统（脑膜刺激征）检查。

任务3：请对郑某进行卧有病人床更换床单护理。

#### (2) 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) 屏风或布帘；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶  |                   |
| 用物   | 脑膜刺激征评估用物：(1) 手消毒液；(2) 笔；(3) 护理记录单<br>卧有病人床更换床单用物：护理车上层置：(1) 盖被（含棉胎）；(2) 枕套；(3) 一次性中单；(4) 大单；中层置：(5) 手消毒液；(6) 一次性手套；(7) 卫生纸；(8) 弯盘；(9) 床刷；(10) 病历本及护理记录单（按需准备）；(11) 刷套；下层置：(12) 便盆；(13) 便盆巾 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

#### (3) 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 2 分钟，操作 8 分钟）。

任务 3：卧有病人床更换床单：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

#### (4) 评分标准

##### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求      | 分值  | 权重  |
|----|---------------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析       | 100 | 40% |
| 2  | 神经系统评估（脑膜刺激征） | 100 | 30% |
| 3  | 卧有病人床更换床单     | 100 | 30% |

##### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 询问病人有无头痛？   | 5  |    |    |    |
|                | 2. 询问病人有无呕吐？   | 5  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 躯体活动障碍 与偏瘫有关  | 4  |    |    |    |
|                | 2. 有受伤的危险 与肢体瘫痪有关  | 3  |    |    |    |
|                | 3. 感知觉紊乱 与脑受损有关  | 3  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 病人肌力逐渐增强  | 4  |    |    |    |
|                | 2. 病人无并发症发生  | 3  |    |    |    |
|                | 3. 病人感知觉逐渐恢复   | 3  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 1. 一般护理：保持床单清洁，减少皮肤机械性刺激；做好大小便的护理，保持外阴皮肤清洁；注意口腔卫生，口腔护理 2-3 次/天；加保护性床栏，防止坠床和跌倒；安排人陪床；注意良肢位摆放。 | 6  |    |    |    |
|                | 2. 饮食护理：予以高维生素、高热量饮食；遵医嘱鼻饲，抬高床头防止食物反流。   | 6  |    |    |    |
|                | 3. 病情监护：严密观察监测及记录生命体征及意识、瞳孔变化，准确记录出入量，防止消化道出血及脑疝发生。  | 6  |    |    |    |
|                | 4. 用药护理：遵医嘱用药，观察药物不良反应及注意事项；如溶栓和抗凝药：应严格掌握剂量，监测出凝血时间和凝血酶原时间，观察有无黑便、牙龈出血等出血表现。                 | 10 |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
|                 |             | 5. 心理护理：提供有关疾病、治疗及预后的可靠消息；避免任何不良刺激；增强病人照顾自己的能力信心。 | 6   |    |    |    |
|                 |             | 6. 病情稳定后，尽早进行功能康复训练。                              | 6   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 病人肌力是否得到加强。                                    | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人有无并发症发生。                                     | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 病人感知觉是否逐渐恢复。                                   | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练                                      | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通                          | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育                            | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务2：神经系统评估（脑膜刺激征）评分细则

表3 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 |
|--------------------|--|--|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><8分>   | 1. 核对医嘱  | 1  |    |    |    |
|                    |  | 2. 核对病人信息，解释说明目的   | 5  |    |    |    |
|                    |  | 3. 评估病人全身情况、意识状态   | 2  |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>   | 环境安静、干燥、整洁、光线适中、室温适宜   | 2  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><5分>  | 衣帽整洁，洗手，戴口罩  | 5  |    |    |    |
| 用物<br><5分>         | 用物准备齐全（少或者准备错误一个扣0.2分，最多扣2分）；摆放有序，符合操作原则   | 5  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 脑膜刺激<br>征检查<br><40分>   | 1. 再次核对病人信息  | 3  |    |    |    |
|                    |  | 2. 沟通并交代注意事项   | 2  |    |    |    |
|                    |  | 3. 协助患者取去枕仰卧位  | 5  |    |    |    |
|                    |  | 4. 颈强直：评估者以一手托病人枕部，另一只手置于病人前胸，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 |    |    |    |
|                    |  | 5. Kernig征（克尼格征）：将病人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：观察病人膝关节能否伸达135°以上，如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛，则为阳性。） | 10 |    |    |    |
|                    | 6. Brudzinski征（布鲁津斯基征）：双下肢伸直，以右手置于病人前胸，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   |    |    |    |    |
| 操作后处               | 1. 协助取舒适体位，整理床单位   | 3  |    |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
|             | 理<br><20分>  | 2. 洗手, 脱口罩, 记录                 | 6   |    |    |    |
|             |             | 3. 报告检查结果                      | 2   |    |    |    |
|             |             | 4. 口述脑膜刺激征阳性意义                 | 3   |    |    |    |
|             |             | 5. 询问病人的感受, 并健康指导              | 4   |    |    |    |
|             |             | 6. 整理用物                        | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 病人安全、满意                     | 3   |    |    |    |
|             |             | 2. 操作规范, 动作熟练、轻柔               | 2   |    |    |    |
|             |             | 3. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 沟通有效, 配合良好, 健康教育内容和方式合适     | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人            | 5   |    |    |    |
| 总分          |             |                                | 100 |    |    |    |

### 任务3: 卧有病人床更换床单评分细则

表4 卧有病人床更换床单评分标准

| 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<br><20分> | 病人<br><8分>  | 1. 全身情况: 病情、治疗情况、意识、自理能力                             | 2          |    |    |    |
|                |   | 2. 局部情况: 有无伤口、肢体功能障碍、活动受限、排便异常、局部皮肤红肿、溃烂等情况          | 4          |    |    |    |
|                |   | 3. 心理状况、合作程度、健康知识                                    | 2          |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 关门窗, 调节室温, 根据情况遮挡病人, 同病室内无病人治疗或进餐                    | 2          |    |    |    |
|                |   | 操作者<br><2分>  | 1. 洗手, 戴口罩 | 1  |    |    |
|                | 2. 着装整洁, 端庄大方   |  | 1          |    |    |    |
| 用物<br><8分>     | 用物准备齐全(少一个扣0.5分, 扣完4分为止); 逐一对用物进行评估, 质量符合要求, 物品摆放有序, 符合操作原则 | 8  |            |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 松单<br><15分>   | 1. 将用物带至病人床旁, 核对床号、姓名, 解释目的                          | 3          |    |    |    |
|                |   | 2. 移开床旁桌椅, 根据情况放平床尾、床头支架, 按需给便盆                      | 3          |    |    |    |
|                |   | 3. 松开床尾盖被, 将病人枕头移向对侧, 并将病人移向对侧, 翻身前后妥善安置各引流管, 保证病人安全 | 3          |    |    |    |
|                |   | 4. 松开近侧大单、中单, 用中单擦净橡胶单, 将中单卷起塞入病人身下, 橡胶单搭于病人身上, 将大单卷 | 6          |    |    |    |

| 考核内容                     | 考核点及评分要求   | 分值                                 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------------------|--|------------------------------------|----|----|----|
|                          | 起塞入病人身下，扫净床褥上渣屑  |                                    |    |    |    |
| 铺单<br><12分>              | 5. 将清洁大单中线对齐打开，对侧半幅内折卷好塞入病人身下，近侧半幅依大单铺法铺好  | 6                                  |    |    |    |
|                          | 6. 放平橡胶单，铺中单于胶单上打开，对侧中单的半幅内折卷起塞入病人身下，近侧半幅橡胶单和中单一并塞入床垫下                                   | 6                                  |    |    |    |
| 同法换<br>对侧床<br>单<18<br>分> | 7. 助病人侧卧或平卧于铺好的一侧，转至对侧松开底层各单   | 6                                  |    |    |    |
|                          | 8. 擦尽橡胶单，将污中单放床尾，橡胶单搭于病人身上，将污大单卷至床尾与污中单一并放入护理车下层，扫尽褥上渣屑                                  | 6                                  |    |    |    |
|                          | 9. 依序将大单、橡胶单、中单各层展开铺好，助病人仰卧于床中间  | 6                                  |    |    |    |
| 换被<br>套、枕<br>套<13<br>分>  | 10. 协助病人平卧，解开污染被套，将已套好的干净被套（含棉胎）铺于污被套上，撤去污被套（含棉胎），将干净被套折成被筒，尾端内折与床尾平齐拉平盖被，折成被筒，尾端内折与床尾平齐 | 8                                  |    |    |    |
|                          | 11. 一手托起病人头颈部，一手取出枕头，更换枕套，置于病人头下，协助病人取舒适体位   | 5                                  |    |    |    |
| 处理<br><2分>               | 12. 桌椅归位，洗手、取下口罩   | 2                                  |    |    |    |
| 评价<br><20分>              | 技能<br><10分>  | 1. 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  |    |    |
|                          |  | 2. 护士操作规范，流程熟练，符合节力原则              | 5  |    |    |
|                          | 素养<br><10分>  | 1. 病人满意，感觉清洁、舒适、安全，无不适和病情变化        | 5  |    |    |
|                          |  | 2. 护士仪表举止大方得体，护患沟通有效，关爱病人，体现整体护理理念 | 5  |    |    |
| 总分                       |  | 100                                |    |    |    |

#### 4. 试题编号：1-3-4 右肱骨骨折病人切开复位加内固定术后护理

##### (1) 任务描述

李某，63岁，因“右肱骨近端骨折”已行“右肱骨骨折切开复位加内固定术”手术后2天。体格检查：T36.8℃，P78次/分，R20次/分，BP111/65mmHg。现患者手术切口无明显不适、无渗血，患肢末梢皮肤温暖，



甲床红润，暂抬高、制动，减轻局部组织肿胀、疼痛。

任务 1：请对李某进行护理评估，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：请为李某进行手术伤口的清洁换药。

任务 3：请为李某进行绷带包扎。

## (2) 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（学校随机指定，伤口已经遮盖无菌敷料）；(3) 治疗车、治疗盘；(4) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(5) 屏风   |                   |
| 用物   | 换药操作用物：(1) 换药包；(2) 碗盘；(3) 敷料罐；(4) 碘伏；(5) 酒精；(6) 持物筒；(7) 一次性中单；(8) 胶布；(9) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶。<br>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；(9) 三角巾、夹板（按需准备）。 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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   |                   |

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟；

任务 2：伤口换药：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：绷带包扎：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 伤口换药     | 100 | 30% |
| 3  | 绷带包扎     | 100 | 30% |

### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表2 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 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   |             | 1. 评估病人生命体征是否平稳?   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估患肢功能恢复情况;病人是否出现于手术及骨折有关的并发症?  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 评估病人有无焦虑、抑郁等情绪?   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 评估病人能否配合功能锻炼?   | 2   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   |             | 1 疼痛 与骨折、手术有关  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 躯体活动障碍 与手术及伤肢固定有关   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 知识缺乏 缺乏损伤后肢体活动及功能锻炼的相关知识  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 有外周神经血管功能障碍的危险 与局部软组织损伤有关   | 2   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 病人主诉手术部位的疼痛感减轻或消失   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人能在不影响手术效果的前提下进行活动   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 患肢末端的组织灌注能维持正常,皮肤颜色和温度正常,末梢动脉搏动有力,感觉正常  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 病人能说出伤后肢体活动及功能锻炼的相关要求   | 2   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 心理护理:做好解释与安慰,消除病人的精神紧张或心理负担   | 8   |    |    |    |
|                 |             | 2. 疼痛护理:遵医嘱给予手术部位换药后绷带包扎外固定,维持受伤关节的功能位,抬高伤肢、暂制动,注意保持局部绷带清洁,疼痛剧烈时,遵医嘱给予药物止痛               | 12  |    |    |    |
|                 |             | 3. 预防并发症的发生:受伤初期,固定后注意观察伤肢远端皮肤色泽、温度、感觉和手指活动情况,触摸动脉搏动并与健侧相比较。如有异常,及时与医生联系。预防压疮、关节僵硬及急性骨萎缩 | 10  |    |    |    |
|                 |             | 4. 提高自理能力:当病人生活自理性活动有障碍时,采取有效帮助,并给予伤肢活动指导和功能训练,促进康复                                      | 10  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 病人疼痛是否逐渐缓解或消失   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人是否得到良好的健康照护,生活自理能力提高  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 病人能否说出伤后肢体活动及功能锻炼的相关要求  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 病人未发生并发症,或发生并发症是否能及时发现和处理   | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 操作程序规范,熟练   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼,语言亲切,能进行有效的沟通   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育   | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

任务2: 换药评分细则

表3 换药评分标准

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

|                |                     |  |     |  |  |  |
|----------------|---------------------|--|-----|--|--|--|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br>(5分)          | 核对病人一般情况,包括姓名、年龄、病情、伤口情况                               | 5   |  |  |  |
|                | 环境<br>(5分)          | 清洁、宽敞、明亮,温度适宜,符合无菌操作要求                                 | 5   |  |  |  |
|                | 操作者<br>(5分)         | 着装整洁,符合操作要求  | 5   |  |  |  |
|                | 用物<br>(5分)          | 用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分);逐一<br>对用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置。 | 5   |  |  |  |
| 实施<br>(60分)    | 与病人沟<br>通<br>(6分)   | 向病人说明换药的目的、配合方法及注意事项                                   | 6   |  |  |  |
|                | 取下敷料<br>(14分)       | 1. 病人平卧位   | 3   |  |  |  |
|                |                     | 2. 充分暴露伤口  | 3   |  |  |  |
|                |                     | 3. 用手揭开胶布并移去外层敷料                                       | 4   |  |  |  |
|                |                     | 4. 内层敷料用镊子揭去,先用生理盐水棉球沾湿内层敷料                            | 4   |  |  |  |
|                | 两把镊子<br>操作<br>(10分) | 1. 使用两把镊子操作,符合操作要求                                     | 6   |  |  |  |
|                |                     | 2. 观察伤口,口述伤口情况   | 4   |  |  |  |
|                | 处理伤口<br>(10分)       | 1. 由伤口中心向外周涂擦,不可留白,消毒范围距伤口<br>5-6cm,消毒2-3遍             | 4   |  |  |  |
|                |                     | 2. 清除伤口内的分泌物和异物  | 3   |  |  |  |
|                |                     | 3. 用生理盐水棉球清洁伤口,由内向外涂擦                                  | 3   |  |  |  |
|                | 覆盖敷料<br>(10分)       | 1. 用无菌纱布覆盖伤口并固定,纱布边缘距离切口3cm<br>以上,下层纱布光滑面向下,上层纱布光滑面向上  | 6   |  |  |  |
|                |                     | 2. 粘贴胶布的方向应与躯干长轴垂直,长短和数量适宜                             | 4   |  |  |  |
|                | 指导病人<br>(4分)        | 告知病人注意保护伤口敷料,注意休息,如有问题及时<br>通知医生或护士                    | 4   |  |  |  |
| 整理记录<br>(6分)   | 1. 协助病人取舒适卧位,整理床单位  | 2  |     |  |  |  |
|                | 2. 按要求分类处理用品,洗手     | 2  |     |  |  |  |
|                | 3. 规范记录             | 2  |     |  |  |  |
| 评价<br>(20分)    | 技能<br>(10分)         | 1. 操作规范,动作熟练   | 5   |  |  |  |
|                |                     | 2. 在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完5分<br>为止                       | 5   |  |  |  |
|                | 素养<br>(10分)         | 1. 态度和蔼,关爱病人   | 3   |  |  |  |
|                |                     | 2. 注意保护病人安全  | 3   |  |  |  |
| 3. 沟通良好,取得病人合作 |                     | 4  |     |  |  |  |
| 总分             |                     |  | 100 |  |  |  |

### 任务3: 四肢绷带包扎评分细则

表4 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 |
|----------------|--|-------------------------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><6分>   | 1. 核对医嘱、治疗卡，确认医嘱                    | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 核对病人，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<br><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<br><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<br><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；按操作先后顺序放置。 | 6                                   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 包扎前<br><8分>  | 1. 携用物到病人床旁，再次核对病人、治疗卡              | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 向病人解释包扎的目的，取得病人配合，沟通有效           | 2  |    |    |    |
|                |  | 3. 协助病人取舒适体位                        | 2  |    |    |    |
|                |  | 4. 选用宽度适宜绷带                         | 2  |    |    |    |
|                | 包扎中<br><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<br><8分>    | 1. 协助病人取舒适体位                                       | 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                                   |    |    |    |    |
|                | 解除绷带<br><4分>                                       | 解除绷带方法正确                            | 4  |    |    |    |
| 评价<br><20分>    | 技能<br><10分>  | 1. 操作中始终坚持包扎原则，包扎整齐美观               | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 操作熟练，包扎方法正确                      | 3  |    |    |    |
|                |  | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止        | 5  |    |    |    |
|                | 素养<br><10分>  | 1. 态度和蔼，关爱病人                        | 3  |    |    |    |
|                |  | 2. 注意保护病人安全                         | 4  |    |    |    |
|                |  | 3. 沟通良好，取得病人合作                      | 3  |    |    |    |

| 考核内容 | 考核点及评分要求 | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------|----------|-----|----|----|----|
| 总分   |          | 100 |    |    |    |

## 5. 试题编号：1-3-5 机械性肠梗阻病人的护理

### (1) 任务描述

王某，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：请为王某执行治疗医嘱：胃肠减压。

任务3：请为王某进行生命体征测量。

### (2) 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) 屏风或布帘；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶   |                   |
| 用物 | 胃肠减压用物：(1) 治疗盘；(2) 治疗碗2个内盛生理盐水或凉开水；(3) 治疗巾；(4) 石蜡油棉球；(5) 弯盘；(6) 胃管；(7) 50ml注射器；(8) 纱布；(9) 胶布；(10) 胃管标示及管道滑脱标示；(11) 胃肠减压器；(12) 镊子；(13) 止血钳；(14) 压舌板；(15) 听诊器；(16) 无菌手套；(17) 医嘱、执行单<br>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) 血压计；(4) 听诊器；(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；(10) 干棉球；(11) 卫生纸；(12) 润滑油；(13) 病历本及护理记录单（按需准备） | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |

| 类型   | 实施条件                           | 备注 |
|------|--------------------------------|----|
| 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。 |    |

### (3) 考核时量

任务 1：案例评估与分析：30 分钟。

任务 2：胃肠减压：20 分钟（其中用物准备 7 分钟，操作 13 分钟）。

任务 3：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 胃肠减压     | 100 | 30% |
| 3  | 生命体征测量   | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|---------------------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 询问病史，既往有胃大部切除手术史             | 3  |    |    |    |
|                | 2. 评估有无其他腹部疾病史、手术史、外伤史          | 4  |    |    |    |
|                | 3. 评估有无感染、饮食不当、过度劳累等诱因          | 3  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 急性疼痛 与肠管痉挛、肠壁缺血、蠕动增强有关       | 3  |    |    |    |
|                | 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  |    |    |    |
|                | 3. 知识缺乏 缺乏疾病的治疗、护理、手术配合的相关知识    | 2  |    |    |    |
|                | 4. 潜在并发症：肠坏死、腹膜炎、感染性休克、肠痿等      | 2  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 病人病情稳定，腹痛症状逐渐减轻或消失           | 3  |    |    |    |
|                | 2. 病人症状缓解，体液平衡得以维持              | 3  |    |    |    |
|                | 3. 病人能说出治疗、护理、手术配合相关的重要知识       | 2  |    |    |    |
|                | 4. 病人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 | 2  |    |    |    |
| 护理措施           | 1. 一般护理：①休息与活动：病人卧床休息，给予半卧      | 7  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
| <40分>           |             | 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:密切观察病人意识、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  | 10  |    |    |    |
|                 |             | 3.对症护理:①呕吐:嘱病人坐起或头偏向一侧,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,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。③维持体液平衡:遵医嘱静脉输液,维持水、电解质、酸碱平衡 | 10  |    |    |    |
|                 |             | 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   | 7   |    |    |    |
|                 |             | 5.心理护理:积极沟通,耐心解释安慰、稳定病人情绪,向病人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                          | 8   |    |    |    |
|                 |             | 6.健康指导:①注意适当休息和活动,避免饭后剧烈活动和腹部受凉。②注意饮食卫生,不可暴饮暴食,忌食不易消化和刺激性食物。③保持大便通畅,预防便秘的发生  | 8   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1.病人疼痛是否减轻或消失  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2.病人体液是否维持平衡,生命体征是否稳定  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3.病人能否正确表述治疗、护理、手术配合相关的重要知识  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4.病人未发生并发症,或发生并发症是否能及时发现和处理  | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1.案例内容要素完整   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2.评估程序规范,熟练  | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1.对病人态度和蔼,语言亲切,能进行有效的沟通  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2.能根据病人采用个性化的方式进行健康教育  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

## 任务2: 胃肠减压评分细则

表3 胃肠减压评分标准

| 考核内容               |             | 考核点及评分要求                         | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------------|-------------|----------------------------------|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><6分>  | 1.询问、了解病人身体状况,评估病人鼻孔是否通畅。        | 3  |    |    |    |
|                    |             | 2.向病人及家属解释目的、过程、及操作中配合方法,取得病人配合。 | 3  |    |    |    |
|                    | 环境<br><4分>  | 符合要求:环境安全、清洁、舒适、温湿度适宜。           | 4  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><4分> | 着装整洁,修剪指甲,洗手、戴口罩。                | 4  |    |    |    |

| 考核内容                      |   | 考核点及评分要求   | 分值                               | 扣分 | 得分 | 备注 |  |
|---------------------------|---|--|----------------------------------|----|----|----|--|
|                           | 用物<br><6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；按操作先后顺序放置 | 6                                |    |    |    |  |
| 实施<br><60分>               | 插胃管<br><30分>  | 1. 核对医嘱、用物、病人                                    | 3                                |    |    |    |  |
|                           |   | 2. 病人体位、准备                                       | 3                                |    |    |    |  |
|                           |   | 3. 戴手套   | 3                                |    |    |    |  |
|                           |   | 4. 检查胃管，测量插管长度，作标记                               | 6                                |    |    |    |  |
|                           |   | 5. 润滑胃管前端  | 3                                |    |    |    |  |
|                           |   | 6. 插管<br><12分>                                   | ①再次核对床号、姓名                       | 2  |    |    |  |
|                           | ②左手以纱布托住胃管，右手持镊子夹住胃管前端，沿一侧鼻孔缓缓插入，到咽喉部时（约10—15cm），嘱病人做吞咽动作，随后迅速将胃管插入所需长度 |  | 4                                |    |    |    |  |
|                           | ③插管时出现恶心不适应应休息片刻，嘱病人做深呼吸，随后再插入。插入不畅时应检查胃管是否盘在口中                         |  | 3                                |    |    |    |  |
|                           | ④插管过程中如果出现呛咳、呼吸困难、发绀等情况，表示误入气管，应立即拔出，休息后重插                              |  | 3                                |    |    |    |  |
|                           | 确认固定<br><10分>   | 1. 验证胃管是否在胃内（任选其一）<br><6分>                       | ①注射器连接胃管末端，能抽出胃液                 | 6  |    |    |  |
|                           |   |  | ②置听诊器于病人病人，经胃管快速注入10ml空气，能听到气过水声 |    |    |    |  |
|                           | ③将胃管末端置于盛水的治疗碗内，无气泡逸出   |  |                                  |    |    |    |  |
|                           |   |  | 2. 证实在胃内后，脱手套，胶布固定胃管             | 4  |    |    |  |
|                           | 连接减压器<br><8分>   | 1. 检查、调节胃肠减压器的负压                                 | 2                                |    |    |    |  |
| 2. 将胃管与负压装置连接，妥善固定，贴好胃管标示 |   | 4  |                                  |    |    |    |  |
| 3. 再次核对床号、姓名、执行单          |   | 2  |                                  |    |    |    |  |
| 整理记录<br><12分>             | 1. 擦净病人口鼻，询问病人感受，整理床单位  | 3  |                                  |    |    |    |  |
|                           | 2. 注意观察和记录引流液的颜色、量、性质   | 3  |                                  |    |    |    |  |
|                           | 3. 按要求分类整理用物  | 2  |                                  |    |    |    |  |
|                           | 4. 洗手，记录  | 4  |                                  |    |    |    |  |
| 评价<br><20分>               | 技能<br><10分>   | 1. 操作规范，动作熟练                                     | 5                                |    |    |    |  |
|                           |   | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止                     | 5                                |    |    |    |  |
|                           | 素养<br><10分>   | 1. 态度和蔼，关爱病人                                     | 3                                |    |    |    |  |
|                           |   | 2. 注意保护病人安全                                      | 3                                |    |    |    |  |
|                           |   | 3. 沟通良好，取得病人合作                                   | 4                                |    |    |    |  |
| 总分                        |   |  | 100                              |    |    |    |  |

### 任务3：生命体征测量评分细则

表4 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 |
|--------------------|---|-------------------------------|-----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分>     | 病人<br><9分>  | 1. 核对医嘱                       | 2   |    |    |    |
|                    |   | 2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素   | 3   |    |    |    |
|                    |   | 3. 评估病人局部情况，选择合适测量部位及方法       | 2   |    |    |    |
|                    |   | 4. 评估病人心理状况，解释并取得合作           | 2   |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 清洁、宽敞、明亮、安静，符合生命体征测量要求        | 2   |    |    |    |
|                    | 操作者<br><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<br><5分>         | 用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一<br>对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 5                             |     |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 测量<br>体温<br><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，病人安全       | 4   |    |    |    |
|                    |   | 3. 测温时间符合要求                   | 2   |    |    |    |
|                    |   | 4. 读数准确、记录及时                  | 2   |    |    |    |
|                    | 测量<br>脉搏<br><10分>                                     | 1. 沟通有效，病人放松，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. 异常脉搏判断正确，处理及时              | 3   |    |    |    |
|                    | 测量<br>呼吸<br><8分>                                      | 1. 沟通有效，病人放松                  | 2   |    |    |    |
|                    |   | 2. 测量方法、时间正确                  | 2   |    |    |    |
|                    |   | 3. 呼吸记录正确                     | 2   |    |    |    |
|                    |   | 4. 异常呼吸判断方法正确，处理及时            | 2   |    |    |    |
|                    | 测量<br>血压<br><20分>                                     | 1. 沟通有效，体位准备符合要求              | 2   |    |    |    |
|                    |   | 2. 袖带缠绕部位正确，松紧度适宜，听诊器胸件放置位置恰当 | 2   |    |    |    |
|                    |   | 3. 血压计0点、肱动脉、心脏在同一水平          | 2   |    |    |    |
|                    |   | 4. 充气量合适                      | 2   |    |    |    |
|                    |   | 5. 放气速度适宜                     | 3   |    |    |    |
|                    |   | 6. 血压读数准确                     | 3   |    |    |    |
|                    |   | 7. 血压计初步处理方法正确，一次性垫巾处理正确      | 3   |    |    |    |
|                    |   | 8. 协助病人取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确    | 3   |    |    |    |
| 测量后<br>处理<br><12分> | 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                             |     |    |    |    |
| 技能<br><10分>        | 1. 病人安全、满意  | 2                             |     |    |    |    |
|                    | 2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确                                | 3                             |     |    |    |    |
|                    | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止                          | 5                             |     |    |    |    |
| 素养<br><10分>        | 1. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人                                     | 5                             |     |    |    |    |
|                    | 2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适                              | 5                             |     |    |    |    |
| 总分                 |   |                               | 100 |    |    |    |

## 6. 试题编号：1-3-6 甲亢病人的护理

### (1) 任务描述

患者李某，男性，45岁，疲乏无力、心慌、怕热多汗、夜梦多，睡眠不好，易饥多食半年，之后逐渐出现体重下降、眼球突出，门诊诊断为甲状腺功能亢进而入院治疗。身体评估：T37.5℃，P105次/分，R20次/分，Bp150/90mmHg，神志清楚、急性面容，巩膜无黄染，皮肤粘膜无出血点，浅表淋巴结未触及肿大。颈软，颈部甲状腺双侧Ⅱ°肿大，眼球突出，心动过速，第一心音亢进。

任务1：请对李某进行护理评估，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：请对李某进行甲状腺评估。

任务3：请为李某进行心电图检查。

### (2) 实施条件

| 类型   | 实施条件   | 备注                |
|------|--|-------------------|
| 场地   | (1) 模拟病房；(2) 处置室   |                   |
| 资源   | (1) 治疗车；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶                                   |                   |
| 用物   | 甲状腺评估用物：手消毒液、听诊器<br>心电图技术用物：心电图机（含导连线）、医嘱单、弯盘 1 个、装有酒精棉球器皿 1 个、持物钳 1 把、治疗卡、笔、记录单 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。   |                   |

### (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：甲状腺评估：10分钟（其中用物准备3分钟，操作7分钟）。

任务3：心电图技术操作：30分钟（其中用物准备10分钟，操作20分钟）。

### (4) 评分标准

## 1) 评分权重分配

表1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 甲状腺评估    | 100 | 30% |
| 3  | 心电图技术    | 100 | 30% |

## 2) 评分细则

### 任务1: 案例评估与分析评分细则

表2 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 |
|-----------------|---|-----------------------------|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   | 患者是否有疲乏无力、心慌、怕热多汗、夜梦多、睡眠不好  | 10                          |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   | 1. 营养失调 低于机体的需要量 与代谢率增高导致代谢需求大于摄入量有关。   | 4                           |    |    |    |
|                 | 2. 活动无耐力 与甲亢和肌无力有关。   | 3                           |    |    |    |
|                 | 3. 潜在并发症: 甲状腺危象、甲亢性心脏病。   | 3                           |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   | 1. 体重恢复正常。  | 3                           |    |    |    |
|                 | 2. 活动耐力逐渐增加。  | 3                           |    |    |    |
|                 | 3. 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<br><40分>   | 1. 病情观察: 注意观察病人的精神状态、心率、心律、呼吸、血压及体重的变化, 注意有无恶心、呕吐、腹泻等临床表现, 注意突眼、甲状腺肿大的程度, 警惕甲状腺危象表现, 一旦发现, 立刻报告医生并协助处理。 | 10                          |    |    |    |
|                 | 2. 用药护理: 指导病人按时按量规则用药, 观察用药的疗效及不良反应。  | 10                          |    |    |    |
|                 | 3. 生活护理: 适当增加休息时间, 活动时以不疲劳为度。给予病人高热量、高蛋白、高维生素、富含矿物质、低纤维素、清淡易消化食物, 避免刺激性的食物。                             | 10                          |    |    |    |
|                 | 4. 心理护理: 简要解释疾病过程, 减轻病人的心理负担, 缓解焦虑心情。   | 10                          |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 体重是否恢复正常。  | 3                           |    |    |    |
|                 | 2. 活动耐力是否逐渐增加。  | 4                           |    |    |    |
|                 | 3. 是否出现并发症, 或者并发症是否能及时发现并处理。  | 3                           |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>   | 1. 具有严谨的工作态度, 案例内容要素完整。     | 5  |    |    |
|                 |   | 2. 评估程序规范、熟练。               | 5  |    |    |
|                 | 素养  | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通。 | 5  |    |    |

| 考核内容  | 考核点及评分要求                | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------|-------------------------|-----|----|----|----|
| <10分> | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育。 | 5   |    |    |    |
| 总分    |                         | 100 |    |    |    |

## 任务2：甲状腺评估评分细则

表3 甲状腺评估评分标准

|                |                | 甲状腺评估考核点及评分要求  | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|----------------|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><9分>     | 1. 核对医嘱，转抄   | 2  |    |    |    |
|                |                | 2. 核对病人信息，评估病人病情   | 5  |    |    |    |
|                |                | 3. 解释操作目的，取得病人合作   | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>     | 环境整洁，光线充足，温、湿度适宜   | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>    | 着装整齐，洗手，戴口罩  | 4  |    |    |    |
|                | 用物<br><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；按操作先后顺序放置  | 5  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 甲状腺检查<br><40分> | 1. 再次核对患者信息  | 3  |    |    |    |
|                |                | 2. 告知被检查者在检查过程中需要配合的注意事项，取得合作  | 2  |    |    |    |
|                |                | 3. 协助病人取坐位，充分暴露颈部  | 2  |    |    |    |
|                |                | 4. 视诊：观察甲状腺的大小和对称性   | 3  |    |    |    |
|                |                | 5. 触诊峡部：位于病人的前面用拇指或位于其后面，用示指从胸骨上切迹向上触诊。  | 5  |    |    |    |
|                |                | 6. 评估时嘱病人做吞咽动作，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  |    |    |    |
|                |                | 7. 触诊侧叶：选择前面触诊或者后面触诊<br>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。<br>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。 | 16 |    |    |    |
|                |                | 8. 听诊：甲状腺上下极有无血管杂音。  | 4  |    |    |    |
|                | 操作后处理<br><20分> | 1. 协助取舒适体位，整理床单位   | 3  |    |    |    |
|                |                | 2. 洗手，脱口罩，记录   | 6  |    |    |    |
|                |                | 3. 报告检查结果  | 2  |    |    |    |
|                |                | 4. 口述甲状腺肿大的分度标准  | 3  |    |    |    |
|                |                | 5. 询问病人的感受，并健康指导   | 4  |    |    |    |
| 6. 整理用物        |                | 2  |    |    |    |    |

|             |             | 甲状腺评估考核点及评分要求                  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 病人安全、满意                     | 2   |    |    |    |
|             |             | 2. 操作规范, 动作熟练、轻柔               | 3   |    |    |    |
|             |             | 3. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 沟通有效, 配合良好, 健康教育内容和方式合适     | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人            | 5   |    |    |    |
| 总分          |             |                                | 100 |    |    |    |

### 任务3: 心电图技术评分细则

表4 心电图技术评分标准

| 考核内容             | 考核点及评分要求   | 分值          | 扣分         | 得分 | 备注 |
|------------------|--|-------------|------------|----|----|
| 评估与准备<br><20分>   | 1. 核对医嘱, 转抄医嘱  | 2           |            |    |    |
|                  | 2. 核对病人信息, 并解释取得合作                                       | 3           |            |    |    |
|                  | 3. 评估病人病情, 手腕、脚踝、胸部皮肤情况                                  | 4           |            |    |    |
|                  | 4. 环境整洁, 光线充足, 温、湿度适宜, 能保护患者隐私                           | 3           |            |    |    |
|                  | 5. 自身衣帽着装整齐, 洗手, 戴口罩                                     | 3           |            |    |    |
|                  | 6. 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 | 5           |            |    |    |
| 实施<br><60分>      | 1. 再次核对患者信息, 并交代注意事项                                     | 5           |            |    |    |
|                  | 2. 检查导连线是否紧密, 连接心电图机电源                                   | 2           |            |    |    |
|                  | 3. 检查并确认病人身上无干扰物品  | 3           |            |    |    |
|                  | 4. 协助病人取平卧位, 暴露导联连接身体的部位, 注意保护隐私                         | 3           |            |    |    |
|                  | 5. 口述各导联的连接部位  | 12          |            |    |    |
|                  | 6. 连接各导联, 导联位置正确   | 12          |            |    |    |
|                  | 7. 协助病人整理衣物、盖被   | 2           |            |    |    |
|                  | 8. 正确作图并正确记录病人的姓名、年龄、性别                                  | 5           |            |    |    |
|                  | 9. 撤除导联, 协助病人整理衣服, 整理床单位                                 | 3           |            |    |    |
|                  | 10. 洗手, 脱口罩, 记录  | 6           |            |    |    |
|                  | 11. 报告检查结果   | 2           |            |    |    |
|                  | 13. 询问病人的感受, 并健康指导                                       | 3           |            |    |    |
|                  | 14. 整理用物   | 2           |            |    |    |
|                  | 评价<br><20分>  | 技能<br><10分> | 1. 病人安全、满意 | 2  |    |
| 2. 操作规范, 动作熟练、轻柔 |  |             | 3          |    |    |

|    |             |                          |     |  |  |  |
|----|-------------|--------------------------|-----|--|--|--|
|    |             | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分    | 5   |  |  |  |
|    | 素质<br><10分> | 1. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适 | 5   |  |  |  |
|    |             | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人        | 5   |  |  |  |
| 总分 |             |                          | 100 |  |  |  |

## 项目 4：老年护理

### 1. 试题编号：1-4-1 脑出血病人的护理

#### (1) 任务描述

胡\*\*，女，83岁，退休干部，有高血压史，入住当地养老院。一年前突觉头晕恶心，突然扑倒，失语，昏迷。即送医院急救。经诊断为脑溢血，经积极治疗后转危为安，但出现左侧肢体偏瘫。出院后使用轮椅，卧床时间增加，很少出门，近半年时常感到心烦意乱，惊恐不安，总觉得自己要大祸临头。自己也说不清楚担心什么、恐惧什么，在家成天惶惶不可终日，坐卧不安，总是睡不好觉，出现大汗、心悸、便秘等症状。

任务 1：请对胡刘某进行护理评估，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：请为胡某布置睡眠环境，协助上床睡觉。

任务 3：请对胡某进行压疮预防。

#### (2) 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 | (1) 脸盆（盛装 50℃ 的温水）；(2) 小水壶；(3) 冷热水；(4) 水温计；(5) 毛巾、大浴巾；(6) 软枕或体位垫数个；(7) 记录单；(8) 笔；(9) 免洗洗手液；(10) 屏风（必要时备）；(11) 纱布；(12) 床褥/棉被/毛毯。 | 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 |
|------|--------------------------------|----|
| 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。 |    |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：为老年人布置睡眠环境并协助睡眠照护：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

任务 2：压疮的预防：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求          | 分值  | 权重  |
|----|-------------------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析           | 100 | 40% |
| 2  | 为老年人布置睡眠环境并协助睡眠照护 | 100 | 30% |
| 3  | 压疮的预防             | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|------------------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 询问病人有无入睡困难、易醒、噩梦或夜惊？      | 2  |    |    |    |
|                | 2. 有无心悸脉搏加快血压升高？             | 2  |    |    |    |
|                | 3. 有无时常对琐事过多担心或焦虑？           | 2  |    |    |    |
|                | 4. 有无腹胀腹泻便秘？                 | 2  |    |    |    |
|                | 5. 听诊心脏有无杂音，心律是否整齐？          | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 焦虑 与担心、恐惧、不愉快的观念反复出现等有关。  | 3  |    |    |    |
|                | 2. 睡眠形态改变 与焦虑引起的生理，心理症状有关。   | 3  |    |    |    |
|                | 3. 知识缺乏 缺乏减轻焦虑措施的知识。         | 2  |    |    |    |
|                | 4. 个人应对无效 与严重的焦虑、无力应对压力情境有关。 | 2  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 病人的紧张、焦虑的情绪减轻或消失。  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人能描述焦虑的常见原因和减轻焦虑的方法。  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 病人能运用所学习的适应性行为控制或缓解焦虑, 应对压力。   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 病人自诉睡眠状态有所改善。  | 3   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 协助照顾个人卫生: 严重焦虑、恐惧可能导致病人生活自理能力减退, 护士应耐心指导、协助病人做好更衣、沐浴、皮肤等的护理。                   | 7   |    |    |    |
|                 |             | 2. 加强饮食和排泄的护理。病人可能出现胃肠道不适、食欲减退、腹胀便秘等症状。鼓励老人进食易消化、营养丰富食物, 多吃蔬菜, 保持大便通畅。严重便秘者遵医嘱用药。 | 7   |    |    |    |
|                 |             | 3. 改善睡眠与活动: 鼓励老人做力所能及的事, 充实生活。有睡眠障碍者保持环境安静、指导合理作息, 严重障碍者遵医嘱用药。                    | 7   |    |    |    |
|                 |             | 4. 对急性惊恐发作的老人, 安排专人护理。观察有无自伤、自杀倾向。  | 7   |    |    |    |
|                 |             | 5. 心理护理: 解释焦虑相关知识; 建立良好护患关系; 鼓励病人表达自己的焦虑和不愉快感受; 帮助老人重新正确认识自己。                     | 6   |    |    |    |
|                 |             | 6. 用药护理: 药物治疗者, 遵医嘱用药, 注意观察抗焦虑药物的不良反应: 如耐受性、依赖性、戒断症状。                             | 6   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 病人是否感到焦虑明显减轻或消除。   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人能描述焦虑的常见病因和减轻焦虑的方法。  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 病人能否应用所学习的适应性行为应对压力。   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 病人是否睡眠状态有所改善。  | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1. 案例内容要素完整。  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练。  | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务 2: 为老年人布置睡眠环境并协助睡眠照护评分细则

表 3 为老年人布置睡眠环境并协助睡眠照护评分标准

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



| 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<br><25分>   | 病人<br><15分>  | 1. 核对病人信息                           | 3  |    |    |    |
|                  |  | 2. 解释操作的目的/方法                       | 2  |    |    |    |
|                  |  | 3. 解释操作过程中的注意事项                     | 2  |    |    |    |
|                  |  | 4. 评估病人有无睡前用药                       | 1  |    |    |    |
|                  |  | 5. 评估病人身体有无不适                       | 1  |    |    |    |
|                  |  | 6. 评估病人肢体活动度, 身体有无置留管道              | 2  |    |    |    |
|                  |  | 7. 询问病人的睡眠习惯, 评估对床铺、被褥及环境温湿度有无特殊要求. | 2  |    |    |    |
|                  |  | 8. 评估环境是否存在影响睡眠的因素                  | 2  |    |    |    |
|                  | 环境<br><2分>   | 室内整洁、温湿度适宜; 关闭门窗; 空气清新。             | 2  |    |    |    |
|                  | 操作者<br><3分>  | 1. 衣帽整洁, 无戒指、长指甲, 未涂指甲油;            | 1  |    |    |    |
| 2. 洗手/消毒手方法正确    |  | 2                                   |    |    |    |    |
| 用物<br><5分>       | 用物准备齐全: 记录单, 手消毒液, 根据季节备床褥、棉被、毛毯等, 必要时备软枕或体位垫 3-5 个 (少一个扣 1 分, 最多扣 5 分)。 | 5                                   |    |    |    |    |
| 实施<br><55分>      | 协助病人铺好被褥, 调整舒适度<br><12分>   | 1. 关闭门窗, 闭合窗帘;                      | 4  |    |    |    |
|                  |  | 2. 检查床铺有无渣屑, 按压床铺硬度;                | 2  |    |    |    |
|                  |  | 3. 检查被褥软硬度, 展开被褥平铺                  | 2  |    |    |    |
|                  |  | 4. 拍松枕头, 枕头高度随病人习惯适当调整              | 2  |    |    |    |
|                  |  | 5. 展开盖被, 呈“S”型折叠对侧                  | 2  |    |    |    |
|                  | 协助布置睡眠环境<br><8分>   | 1. 调节室内空调或暖气开关                      | 2  |    |    |    |
|                  |  | 2. 调整适宜睡眠的温湿度;                      | 2  |    |    |    |
|                  |  | 3. 物品布局合理;                          | 2  |    |    |    |
|                  |  | 4. 便器、水杯、拐杖置于触手可及之处。                | 2  |    |    |    |
|                  | 床椅转移<br><10分>  | 1. 将轮椅与床呈 30-45 度角;                 | 2  |    |    |    |
|                  |  | 2. 将病人健肢侧靠近床沿;                      | 1  |    |    |    |
|                  |  | 3. 固定刹车, 脚踏板向上抬起;                   | 2  |    |    |    |
|                  |  | 4. 护理员的双膝抵住病人的双膝, 两手臂环抱病人腰部夹紧;      | 2  |    |    |    |
|                  |  | 5. 两人身体靠近, 病人身体前倾于护理员肩部;            | 1  |    |    |    |
|                  |  | 6. 护理员以自己的身体为轴转动, 将病人移到床上。          | 2  |    |    |    |
| 促进睡眠健康教育<br><5分> | 1. 指导病人睡前用热水泡脚; 睡前不饮浓茶;  | 1                                   |    |    |    |    |
|                  | 2. 指导病人睡前勿进食, 睡前排便、少饮水;  | 1                                   |    |    |    |    |
|                  | 3. 指导老年睡前不看刺激性的书或电视剧、白天适   | 1                                   |    |    |    |    |

| 考核内容        |                    | 考核点及评分要求                                | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------------|---|-----|----|----|----|
|             |                    | 度运动；                                    |     |    |    |    |
|             |                    | 4. 指导睡前穿纯棉宽松内衣等；                        | 1   |    |    |    |
|             |                    | 5. 指导病人加强安全防护，如夜间入厕时，要注意防跌倒、坠床等。        | 1   |    |    |    |
|             | 关门退出<br><5分>       | 1. 开启地灯、关闭大灯；                           | 2   |    |    |    |
|             |                    | 2. 轻步退出房间，轻手关门。                         | 3   |    |    |    |
|             | 操作后<br>处置<br><15分> | 1. 护理员夜间2小时查房一次，做到走路轻、关门轻；              | 3   |    |    |    |
|             |                    | 2. 晨起巡视并询问病人睡眠情况；                       | 2   |    |    |    |
|             |                    | 3. 发现病人嗜睡或睡眠呼吸暂停的情况应及时汇报或建议病人尽快就医；      | 2   |    |    |    |
|             |                    | 4. 洗手；                                  | 2   |    |    |    |
|             |                    | 5. 记录病人睡眠时间、睡眠质量、有无异常睡眠。<br>备注：记录少一项扣2分 | 6   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>        | 1. 尊重病人，沟通语言恰当，如病人出现不良情绪及时给予心理疏导；       | 5   |    |    |    |
|             |                    | 2. 最大限度做到病人的安全防护及隐私保护；                  | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>        | 1. 操作过程中勤观察、多询问，最大限度体现人文关怀；             | 5   |    |    |    |
|             |                    | 2. 针对病人的健康问题及可能发生的情况开展健康教育。             | 5   |    |    |    |
| 总分          |                    |   | 100 |    |    |    |

### 任务3：压疮的预防评分细则

表4 压疮的预防评分标准

| 考核内容               |             | 考核点及评分要求                                       | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------------|-------------|--|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><10分> | 1. 全身情况：评估病人的年龄、体重、病情、卫生状况、营养、意识状态、自理能力等       | 3  |    |    |    |
|                    |             | 2. 局部情况：评估病人有无活动障碍、大小便失禁、局部皮肤红肿和溃烂等            | 2  |    |    |    |
|                    |             | 3. 心理状态  | 1  |    |    |    |
|                    |             | 4. 向病人及/或家属解释擦洗、翻身及按摩的目的、过程、方法及配合要点            | 4  |    |    |    |
|                    | 环境<br><3分>  | 环境整洁、安静，温度适宜，光线充足，符合操作要求；必要时进行遮挡               | 3  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><2分> | 着装整洁，洗手，戴口罩                                    | 2  |    |    |    |
|                    | 用物<br><5分>  | 用物准备齐全（少一个扣1分，最多扣2分）；逐一用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 5  |    |    |    |
| 实施                 | 核对准备        | 1. 核对病人床号、姓名等信息（用2种以上的方法核对）                    | 2  |    |    |    |

| 考核内容            |                   | 考核点及评分要求   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------------|--|----|----|----|----|
| <60分>           | <6分>              | 2.固定病床脚轮，拉起床档  | 1  |    |    |    |
|                 |                   | 3.将各种导管及输液管安置妥当，必要时将盖被折叠至床尾可一侧（口述）   | 1  |    |    |    |
|                 |                   | 4.放平支架，协助病人取平卧位，将两手放于腹部，两腿屈曲   | 2  |    |    |    |
|                 | 翻身<br><6分>        | 1.先将病人双下肢移向靠近护士侧的床沿，再将病人肩、腰、臀部向护士侧移动   | 3  |    |    |    |
|                 |                   | 2.一手托肩，一手托腰部，轻轻将病人转向对侧，使其背向护士  | 3  |    |    |    |
|                 | 擦洗<br><9分>        | 1.松开衣裤，露出颈部、肩部、背部和臀部   | 3  |    |    |    |
|                 |                   | 2.将浴巾一半铺在病人身下，一半盖在病人身上   | 1  |    |    |    |
|                 |                   | 3.用温热毛巾依次擦洗病人的颈部、肩部、背部及臀部  | 5  |    |    |    |
|                 | 按摩<br><25分>       | 1.全背按摩：两手掌蘸少许按摩油/膏/乳，用手掌大、小鱼际肌以环形方式按摩。从骶尾部开始，沿脊柱两侧向上按摩至肩部，按摩肩胛部位时用力稍轻；再从上臂沿背部两侧向下按摩至髂嵴部位。如此有节律地持续按摩至少3分钟（口述） | 15 |    |    |    |
|                 |                   | 2.脊柱按摩：用拇指指腹蘸按摩油/膏/乳，由骶尾部开始沿脊柱旁按摩至肩部、颈部，再继续向下按摩至骶尾部  | 5  |    |    |    |
|                 |                   | 3.骨突处按摩：用手掌大、小鱼际肌蘸按摩油/膏/乳紧贴皮肤按摩其他骨突受压处，按向心方向按摩，力度由轻至重，再由重至轻。按摩3~分钟（口述）                                       | 3  |    |    |    |
|                 |                   | 4.协助病人转向另一侧卧位，按摩另一侧髌部（口述）  | 2  |    |    |    |
|                 | 叩背<br><3分>        | 按全背按摩的方向轻叩背部。时间3分钟（口述）   | 3  |    |    |    |
|                 | 观察<br><3分>        | 观察肩峰、肘部、足跟等受压和骨突部位的皮肤情况  | 3  |    |    |    |
|                 | 整理穿衣<br><3分>      | 撤去浴巾，协助病人穿衣，整理床铺。必要时更换衣服和/或床单（口述）  | 3  |    |    |    |
|                 | 操作后<br>处理<br><5分> | 1.协助病人取舒适体位，整理床单位  | 1  |    |    |    |
|                 |                   | 2.向病人或家属讲清“六勤”的内容及意义。  | 2  |    |    |    |
| 3.整理用物，医用垃圾分类处理 |                   | 1  |    |    |    |    |
| 4.洗手、摘口罩并记录     |                   | 1  |    |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>       | 1.操作方法正确、熟练、动作轻稳   | 5  |    |    |    |
|                 |                   | 2.在规定时间内完成，每超过一分钟扣1分，扣满5分为止  | 5  |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分>       | 1.沟通有效，解释合理  | 5  |    |    |    |
|                 |                   | 2.病人感觉舒适，学会了压疮的预防知识  | 5  |    |    |    |

| 考核内容 | 考核点及评分要求 | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------|----------|-----|----|----|----|
| 总分   |          | 100 |    |    |    |

## 2. 试题编号：1-4-2 阿尔茨海默（中后期）病人的护理

### （1）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。病人既往体健。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：请对王某进行护理评估，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：请对王某进行压疮的预防。

任务3：请给王某进行生命体征测量。

### （2）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   | （1）毛巾；（2）浴巾；（3）按摩油/膏/乳；（4）脸盆（口述：内盛50~52℃的温水）；（5）弯盘；（6）翻身卡/单；（7）记录卡/单；（8）笔；（9）手消毒剂；（10）便盆及便盆布；（11）医用垃圾桶；（12）生活垃圾桶；（13）病历本；（14）必要时备清洁衣裤和/或床单（口述） | 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。   |                     |

### （3）考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：压疮的预防：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）。

#### （4）评分标准

##### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 压疮的预防    | 100 | 30% |
| 3  | 床上擦浴     | 100 | 30% |

##### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 评估患者生命体征、营养状况、进食情况、睡眠情况以及二便是否正常；              | 2  |    |    |    |
|                | 2. 评估患者的意识是否清晰；                                  | 2  |    |    |    |
|                | 3. 观察四肢肌力、肌张力是否正常；                               | 2  |    |    |    |
|                | 4. 评估患者生活自理能力；                                   | 2  |    |    |    |
|                | 5. 评估患者认知能力。                                     | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 卫生/穿着/进食/如厕自理缺陷 与痴呆、认知功能严重受损有关。               | 4  |    |    |    |
|                | 2. 有皮肤完整性受损的危险 与瘫痪长期卧床有关。                        | 3  |    |    |    |
|                | 3. 躯体移动障碍 与年纪较大、身体虚弱无力有关。                        | 3  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 患者的基本生活需求得到满足。                                | 5  |    |    |    |
|                | 2. 患者皮肤干净清洁，保持完整。                                | 5  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 1. 观察生命体征变化，包括体温、脉搏、呼吸及血压情况。体温升高，应注意是否合并感染的可能。   | 7  |    |    |    |
|                | 2. 应给予高营养、易消化的软质食物，如患者存在吞咽障碍，可以采用鼻饲或静脉输液的办法补充营养。 | 7  |    |    |    |
|                | 3. 创造一个安静、舒适的睡眠环境，陪伴安慰患者入睡。                      | 6  |    |    |    |
|                | 4. 协助患者个人卫生，包括洗脸、洗手、刷牙、梳头、洗澡等。                   | 5  |    |    |    |

| 考核内容             |              | 考核点及评分要求                           | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------------------|--------------|------------------------------------|-----|----|----|----|
|                  |              | 5. 定时协助排尿排便，便后温水清洁皮肤。              | 5   |    |    |    |
|                  |              | 6. 保持皮肤干净清洁完整，定时给予按摩，每 2 小时翻身 1 次。 | 5   |    |    |    |
|                  |              | 7. 心理护理：轻轻抚摸患者，安慰陪伴患者。             | 5   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10 分> |              | 1. 患者基本生理需求是否满足。                   | 5   |    |    |    |
|                  |              | 2. 患者皮肤是否干净清洁，皮肤是否完好。              | 5   |    |    |    |
| 评价<br><20 分>     | 技能<br><10 分> | 1 案例内容要素完整                         | 5   |    |    |    |
|                  |              | 2. 评估程序规范，熟练                       | 5   |    |    |    |
|                  | 素养<br><10 分> | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通。          | 5   |    |    |    |
|                  |              | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育             | 5   |    |    |    |
| 总分               |              |                                    | 100 |    |    |    |

## 任务 2：压疮的预防评分细则

表 3 压疮的预防评分标准

| 考核内容                |   | 考核点及评分要求                                 | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|---------------------|---|--|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20 分> | 病人<br><10 分>  | 1. 全身情况：评估病人的年龄、体重、病情、卫生状况、营养、意识状态、自理能力等 | 3  |    |    |    |
|                     |   | 2. 局部情况：评估病人有无活动障碍、大小便失禁、局部皮肤红肿和溃烂等      | 2  |    |    |    |
|                     |   | 3. 心理状态                                  | 1  |    |    |    |
|                     |   | 4. 向病人及/或家属解释擦洗、翻身及按摩的目的、过程、方法及配合要点      | 4  |    |    |    |
|                     | 环境<br><3 分>   | 环境整洁、安静，温度适宜，光线充足，符合操作要求；必要时进行遮挡         | 3  |    |    |    |
|                     | 操作者<br><2 分>  | 着装整洁，洗手，戴口罩                              | 2  |    |    |    |
| 用物<br><5 分>         | 用物准备齐全（少一个扣 1 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  |    |    |    |    |
| 实施<br><60 分>        | 核对准备<br><6 分>                                       | 1. 核对病人床号、姓名等信息（用 2 种以上的方法核对）            | 2  |    |    |    |
|                     |   | 2. 固定病床脚轮，拉起床档                           | 1  |    |    |    |
|                     |   | 3. 将各种导管及输液管安置妥当，必要时将盖被折叠至床尾可一侧（口述）      | 1  |    |    |    |
|                     |   | 4. 放平支架，协助病人取平卧位，将两手放于腹部，两腿屈曲            | 2  |    |    |    |
|                     | 翻身<br><6 分>   | 1. 先将病人双下肢移向靠近护士侧的床沿，再将病人肩、腰、臀部向护士侧移动    | 3  |    |    |    |
|                     |   | 2. 一手托肩，一手托腰部，轻轻将病人转向对侧，使其背向护士           | 3  |    |    |    |

| 考核内容                   |                   | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------------------------|-------------------|---|-----|----|----|----|
|                        | 擦洗<br><9分>        | 1. 松开衣裤，露出颈部、肩部、背部和臀部   | 3   |    |    |    |
|                        |                   | 2. 将浴巾一半铺在病人身下，一半盖在病人身上   | 1   |    |    |    |
|                        |                   | 3. 用温热毛巾依次擦洗病人的颈部、肩部、背部及臀部  | 5   |    |    |    |
|                        | 按摩<br><25分>       | 1. 全背按摩：两手掌蘸少许按摩油/膏/乳，用手掌大、小鱼际肌以环形方式按摩。从骶尾部开始，沿脊柱两侧向上按摩至肩部，按摩肩胛部位时用力稍轻；再从上臂沿背部两侧向下按摩至髂嵴部位。如此有节律地持续按摩至少3分钟（口述） | 15  |    |    |    |
|                        |                   | 2. 脊柱按摩：用拇指指腹蘸按摩油/膏/乳，由骶尾部开始沿脊柱旁按摩至肩部、颈部，再继续向下按摩至骶尾部  | 5   |    |    |    |
|                        |                   | 3. 骨突处按摩：用手掌大、小鱼际肌蘸按摩油/膏/乳紧贴皮肤按摩其他骨突受压处，按向心方向按摩，力度由轻至重，再由重至轻。按摩3~分钟（口述）                                       | 3   |    |    |    |
|                        |                   | 4. 协助病人转向另一侧卧位，按摩另一侧髋部（口述）  | 2   |    |    |    |
|                        | 叩背<br><3分>        | 按全背按摩的方向轻叩背部。时间3分钟（口述）  | 3   |    |    |    |
|                        | 观察<br><3分>        | 观察肩峰、肘部、足跟等受压和骨突部位的皮肤情况   | 3   |    |    |    |
|                        | 整理穿衣<br><3分>      | 撤去浴巾，协助病人穿衣，整理床铺。必要时更换衣服和/或床单（口述）   | 3   |    |    |    |
|                        | 操作后<br>处理<br><5分> | 1. 协助病人取舒适体位，整理床单位  | 1   |    |    |    |
| 2. 向病人或家属讲清“六勤”的内容及意义。 |                   | 2   |     |    |    |    |
| 3. 整理用物，医用垃圾分类处理       |                   | 1   |     |    |    |    |
| 4. 洗手、摘口罩并记录           |                   | 1   |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>            | 技能<br><10分>       | 1. 操作方法正确、熟练、动作轻稳   | 5   |    |    |    |
|                        |                   | 2. 在规定时间内完成，每超过一分钟扣1分，扣满5分为止  | 5   |    |    |    |
|                        | 素养<br><10分>       | 1. 沟通有效，解释合理  | 5   |    |    |    |
|                        |                   | 2. 病人感觉舒适，学会了压疮的预防知识  | 5   |    |    |    |
| 总分                     |                   |   | 100 |    |    |    |

### 任务3：生命体征测量评分细则

表3 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 |
|------|----|----------|----|----|----|----|
| 评估   | 病人 | 1. 核对医嘱  | 2  |    |    |    |

| 考核内容               |   | 考核点及评分要求                         | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------------|---|----------------------------------|----|----|----|----|
| 及准备<br><20分>       | <9分>  | 2.评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素       | 3  |    |    |    |
|                    |   | 3.评估病人局部情况，选择合适测量部位及方法           | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4.评估病人心理状况，解释并取得合作               | 2  |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 清洁、宽敞、明亮、安静，符合生命体征测量要求           | 2  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><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<br><5分>         | 用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一<br>对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 5                                |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 测量<br>体温<br><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，病人安全           | 4  |    |    |    |
|                    |   | 3.测温时间符合要求                       | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4.读数准确、记录及时                      | 2  |    |    |    |
|                    | 测量<br>脉搏<br><10分>                                     | 1.沟通有效，病人放松，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.异常脉搏判断正确，处理及时                  | 3  |    |    |    |
|                    | 测量<br>呼吸<br><8分>                                      | 1.沟通有效，病人放松                      | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2.测量方法、时间正确                      | 2  |    |    |    |
|                    |   | 3.呼吸记录正确                         | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4.异常呼吸判断方法正确，处理及时                | 2  |    |    |    |
|                    | 测量<br>血压<br><20分>                                     | 1.沟通有效，体位准备符合要求                  | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2.袖带缠绕部位正确，松紧度适宜,听诊器胸件放置位置<br>恰当 | 2  |    |    |    |
|                    |   | 3.血压计0点、肱动脉、心脏在同一水平              | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4.充气量合适                          | 2  |    |    |    |
|                    |   | 5.放气速度适宜                         | 3  |    |    |    |
|                    |   | 6.血压读数准确                         | 3  |    |    |    |
|                    |   | 7.血压计初步处理方法正确，一次性垫巾处理正确          | 3  |    |    |    |
|                    |   | 8.协助病人取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确        | 3  |    |    |    |
| 测量后<br>处理<br><12分> | 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                                |    |    |    |    |



| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                    | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|-----------------------------|-----|----|----|----|
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1.病人安全、满意                   | 2   |    |    |    |
|             |             | 2.操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确       | 3   |    |    |    |
|             |             | 3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1.语言亲切，态度和蔼，关爱病人            | 5   |    |    |    |
|             |             | 2.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适     | 5   |    |    |    |
| 总分          |             |                             | 100 |    |    |    |

## 模块二：专业核心模块

### 项目1：母婴护理

#### 1. 试题编号：2-1-1 正常新生儿的护理

##### (1) 任务描述

蒋某，女，34岁，孕1产0，因停经39周，阵发性下腹痛2小时入院。入院时产科检查：宫高33cm，腹围99cm，可扪及规律宫缩，45"/4'~5'，头先露，已入盆。胎心率正常。产妇入院12小时后顺产一活女婴，新生儿出生后Apgar评分1分钟10分，体重3200g，身长51cm。

第二天上午查房新生儿生命体征平稳，一般情况好。

任务1：请对新生儿进行护理评估，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：请对新生儿进行沐浴。

任务3：请对新生儿进行抚触。

##### (2) 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) 病床；(2) 模拟人；(3) 处置室备有生活垃圾桶、医用垃圾桶  |                     |
| 用物 | 新生儿沐浴用物：(1) 围裙；(2) 新生儿衣服；(3) 纸尿裤；(4) 包被；(5) 浴巾2条；(6) 大毛巾1条；(7) 小毛巾2条；(8) 洗发沐浴液；(9) 水温计1个；(10) 指甲剪；(11) 无菌棉签若干；(12) 75%乙醇；(13) 手消毒剂；(14) 病历本；(15) 笔；(16) 皮肤 | 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 |
|------|--|----|
|      | 消毒剂（按需准备）；（17）5%鞣酸软膏（按需准备）<br>婴儿抚触用物：（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 |    |
| 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  |    |

### （3）考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：新生儿沐浴：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：婴儿抚触：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

### （4）评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 新生儿沐浴    | 100 | 30% |
| 3  | 婴儿抚触     | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|----------------------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 评估新生儿出生后器官功能是否完善？             | 2  |    |    |    |
|                | 2. 适应能力如何？                       | 3  |    |    |    |
|                | 3. 保暖如何？                         | 3  |    |    |    |
|                | 4. 有无护理不当和消毒隔离制度不严？              | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 有窒息的危险 与呛奶、呕吐有关               | 4  |    |    |    |
|                | 2. 有体温改变的危险 与体温调节中枢发育不完善有关。      | 3  |    |    |    |
|                | 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  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 新生儿无窒息的危险。                    | 4  |    |    |    |
|                | 2. 新生儿体温恢复正常。                    | 3  |    |    |    |
|                | 3. 新生儿未发生感染。                     | 3  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 保持呼吸道通畅 新生儿娩出后，一切操作均应在保暖条件下进行。在新生儿开始呼吸前应迅速清除口、鼻的黏液及羊水、以免引起吸入性肺炎。                                | 8   |    |    |    |
|                 |             | 2. 维持体温的稳定 保暖，新生儿出生后应立即擦干身体，用温暖的毛巾包裹，以减少辐射、对流及蒸发散热，并因地制宜采取不同的保暖措施，使新生儿处于“适中温度”。                    | 8   |    |    |    |
|                 |             | 3. 皮肤的护理 新生儿出生后，初步处理皮肤皱褶处的血迹，擦干皮肤后给予包裹。每天沐浴1次，达到清洁皮肤和促进血液循环的目的。同时检查皮肤粘膜完整性及有无肛旁脓肿等情况。              | 8   |    |    |    |
|                 |             | 4. 建立消毒隔离制度和完善的清洗设施 要求人人严格遵守，入室更衣换鞋，接触新生儿前后勤洗手，避免交叉感染。   | 8   |    |    |    |
|                 |             | 5. 脐部的处理 一般在新生儿分娩后立即结扎脐带，遵守无菌操作，消毒处理好脐残端。同时应每天检查脐部，涂以95%乙醇，使其干燥。如有感染可用3%过氧化氢洗净后，再用3%碘伏消毒，或局部使用抗生素。 | 8   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 新生儿无窒息。   | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 新生儿体温正常。  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 未发生感染。  | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能采用个性化的方式进行健康教育   | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

## 任务2：新生儿沐浴评分细则

表3 新生儿沐浴评分标准

| 考核内容           |   | 考核点及评分要求                    | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|---|-----------------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 新生儿<br><4分>   | 1. 核对新生儿基本信息并向家属解释操作目的      | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 沐浴时间选择恰当                 | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 口述环境适合符合沐浴要求（温度、治疗车和操作台的清洁） | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>   | 1. 着装整齐，头发整理好               | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 指甲已修剪，手上无饰物，口述洗手方法正确     | 2  |    |    |    |
| 用物<br><10分>    | 用物准备齐全（少一个扣0.5分，扣完10分为止）；逐一对用物进行评估，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 10                          |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 沐浴前准备   | 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  | 4  |    |    |    |

| 考核内容        |                    | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------------|---|-----|----|----|----|
|             | <12分>              | 本信息   |     |    |    |    |
|             |                    | 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<br><32分>        | 1. 清洗头面部时抱姿正确，新生儿安全                               | 4   |    |    |    |
|             |                    | 2. 面部清洗方法正确，动作轻柔                                  | 5   |    |    |    |
|             |                    | 3. 防止水流入耳道方法正确                                    | 2   |    |    |    |
|             |                    | 4. 头发清洗方法正确，及时擦干                                  | 3   |    |    |    |
|             |                    | 5. 将新生儿抱回散包台，解开大毛巾，取下纸尿裤                          | 2   |    |    |    |
|             |                    | 6. 清洗躯干时抱姿正确，换手时动作熟练，新生儿安全                        | 4   |    |    |    |
|             |                    | 7. 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               | 10  |    |    |    |
|             |                    | 8. 及时将新生儿抱起放于大毛巾中，迅速包裹拭干水份                        | 2   |    |    |    |
|             | 沐浴后<br>处理<br><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                                      | 2   |    |    |    |
|             |                    | 3. 给新生儿穿衣方法正确，动作熟练                                | 3   |    |    |    |
|             |                    | 4. 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   |    |    |    |
|             |                    | 5. 垃圾初步处理正确                                       | 2   |    |    |    |
|             |                    | 6. 及时消毒双手，记录沐浴情况                                  | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>        | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔                                   | 5   |    |    |    |
|             |                    | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止                      | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>        | 1. 动作轻柔，保护宝宝安全                                    | 4   |    |    |    |
|             |                    | 2. 语言亲切，态度和蔼，沟通恰当                                 | 3   |    |    |    |
|             |                    | 3. 健康指导内容和方式合适                                    | 3   |    |    |    |
| 总分          |                    |   | 100 |    |    |    |

### 任务 3：婴儿抚触评分细则

表 4 婴儿抚触评分标准

| 考核内容           |   | 考核点及评分要求                       | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|---|--------------------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br>(20分) | 婴儿<br>(5分)                                      | 1. 向家属正确宣传抚触优点，核对婴儿信息，对其进行简单评估 | 3  |    |    |    |
|                |   | 2. 抚触时间选择恰当                    | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br>(5分)                                      | 口述环境情况符合抚触要求（温度、门窗、光亮度、背景音乐）   | 5  |    |    |    |
|                | 操作者<br>(5分)                                     | 1. 着装整齐，头发处理到位                 | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 指甲符合要求，手上无饰物，洗手方法正确         | 3  |    |    |    |
| 用物<br>(5分)     | 用物准备齐全、适合拟定月龄婴儿（少一个或不符合扣0.5分，最多扣3分），逐一对照用物进行检查， | 5                              |    |    |    |    |

|              |   |   |   |  |  |  |
|--------------|---|---|---|--|--|--|
|              |   | 质量符合要求，按操作先后顺序放置  |   |  |  |  |
| 实施<br>(60分)  | 抚触前准备<br>(8分)   | 1. 再次核对婴儿信息   | 1 |  |  |  |
|              |   | 2. 口述沐浴情况，检查婴儿全身情况  | 2 |  |  |  |
|              |   | 3. 将婴儿仰卧位放于浴巾上，注意保暖与安全  | 2 |  |  |  |
|              |   | 4. 与婴儿进行简单互动交流  | 1 |  |  |  |
|              |   | 5. 倒适量润肤油于掌心，均匀涂抹于手上，寒冷季节注意搓暖双手   | 2 |  |  |  |
|              | 头面部抚触<br>(6分)   | 方法：1. 额部：用双手拇指指腹交替按压眉心，两拇指指腹从前额中央往外推至发际；2. 下颌：用双手拇指指腹分别从下颌上、下部中央向外上方滑动至耳前，让上下唇形成微笑状。3. 头部：左手置新生儿头右侧枕部，抬高头略离床面，右手从前额发际抚向枕后，避开囟门，中指停在耳后乳突部。抚触右侧时，换手，方法同左。<br>要求：避开囟门，不要让宝宝眼睛接触润肤油。动作娴熟，情感交流自然 | 6 |  |  |  |
|              | 胸部抚触<br>(6分)  | 方法：两手分别从胸部的外下方(两侧肋下缘)向对侧上方交叉推进，滑至两侧肩部，像在宝宝的胸部画个大叉；<br>要求：双手交替进行，注意避开乳头。动作娴熟，情感交流自然  | 6 |  |  |  |
|              | 腹部抚触<br>(6分)  | 方法：从婴儿的右下腹至上腹，再向左下腹滑动，呈顺时针方向画大半圆。可做“ I Love You ”亲情体验；<br>要求：双手交替进行，避开脐部。手法正确、动作娴熟，情感交流自然、真切。新生儿脐带脱落之前不进行腹部抚触   | 6 |  |  |  |
| 上肢抚触<br>(9分) | 方法：1. 手臂：两手交替抓住婴儿的一侧上肢从腋窝至手腕轻轻滑行，重复。再两手从婴儿腋窝自上而下至腕部分段挤捏。亦可双手夹住小手臂，上下轻轻搓滚。2. 手部：①手掌：操作者双手的四指放在婴儿的手背，双手的大拇指放在婴儿手掌根部，用双手托住婴儿的小手，用拇指指腹从婴儿手掌根部向手指方向推进，伸展婴儿的手掌；②手背：两手拇指置于婴儿手掌根部，两手交替用四指指腹由腕部向指头方向抚摩手背；③手指：一手托住宝宝的手腕，用拇指、食指和中指从指根到指尖揉捏每一个手指，提捏各手指关节。重复操作一次；<br>要求：手法正确、动作娴熟，情感交流自然 | 9   |   |  |  |  |
| 下肢抚触<br>(9分) | 方法：1. 腿部：两手交替抓住婴儿的一侧下肢从大腿根部自上而下至踝部轻轻滑行，重复；再两手从婴儿大腿根部自上而下至踝部分段挤捏。亦可双手夹住婴儿的大、小腿，轻轻上下搓滚。2. 足部：①足底：操作者双手的四指放在婴儿的足背，双手的大拇指放在婴儿脚底根部，用双手托住婴儿的小脚，用拇指指腹从婴儿脚底根部轻轻抚触至脚趾关节处；②足背：两手拇指置于婴儿脚底根部，两手交替用四指指腹由踝部向脚趾方向抚摩足背；③脚趾：一手托住宝宝的脚踝，用拇指、食指和中指从   | 9   |   |  |  |  |

|             |               |   |   |  |  |
|-------------|---------------|---|---|--|--|
|             |               | 趾根到趾尖轻轻揉捏每一个脚趾,提捏各脚趾关节。重复操作一次;<br>要求:手法正确、动作娴熟,情感交流自然   |   |  |  |
|             | 背部抚触<br>(7分)  | 调整体位至俯卧位;<br>要求:婴儿感觉舒适,呼吸顺畅。手法正确、动作娴熟   | 2 |  |  |
|             |               | 方法:1.横向抚触:双手四指并拢平放于婴儿背部,以脊柱为中线,双手与脊椎成直角自宝宝的颈部向下轻轻抚触两侧的肌肉至宝宝的臀部。2.纵向抚触:用手从宝宝的头颈部开始逐步向下渐至颈部、背部、臀部滑动,并轻轻地在臀部正上方的骶尾凹陷处,顺时针方向做环行抚触数次;<br>要求:手法正确、动作娴熟,情感交流自然 | 5 |  |  |
|             | 臀部抚触<br>(2分)  | 方法:从中间沿婴儿臀部轮框向两边画心形;<br>要求:手法正确、动作娴熟,情感交流自然   | 2 |  |  |
|             | 抚触后处理<br>(7分) | 1.检查儿童皮肤情况(口述抚触力度合理的表现),兜好尿布(口述穿衣、注意保暖)   | 3 |  |  |
|             |               | 2.与家属有效沟通(嘱家属观察婴儿有无呕吐、倦怠等不适),妥善安置婴儿   | 2 |  |  |
|             |               | 3.垃圾处理正确,物品整理好  | 1 |  |  |
|             |               | 4.及时记录,洗手   | 1 |  |  |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>   | 1.操作规范,动作熟练、轻柔,测量结果准确   | 5 |  |  |
|             |               | 2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完5分为止   | 5 |  |  |
|             | 素养<br><10分>   | 1.宝宝安全  | 3 |  |  |
|             |               | 2.语言亲切,态度和蔼,沟通恰当  | 3 |  |  |
|             |               | 3.健康指导内容和方式合适   | 4 |  |  |
| 总分          |               | 100   |   |  |  |

## 2. 试题编号: 2-1-2 妊娠期糖尿病病人的护理

### (1) 任务描述

邓\*\*,女,31岁,停经23周因多尿多饮多食3个月于2013年6月3日以妊娠期糖尿病(GDM)收入院。

任务1:请你对邓某进行护理评估,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。

### (2) 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<br>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   |    |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：四步触诊：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 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）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 四步触诊     | 100 | 30% |
| 3  | 快速血糖测定   | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 评估孕妇糖尿病病史及家族史，有无复杂性外阴阴道假丝酵母菌病、不明原因反复流产、死胎、巨大儿或分娩足月新生儿呼吸窘迫综合征史、胎儿畸形、新生儿死亡等不良孕产史等 | 3  |    |    |    |
|                | 2. 有无胎儿偏大或羊水过多等潜在高危因素  | 3  |    |    |    |
|                | 3. 本次妊娠经过、病情管理及目前用药情况：有无胎  | 2  |    |    |    |

| 考核内容          |  | 考核点及评分要求                           | 分值         | 扣分 | 得分 | 备注 |
|---------------|--|------------------------------------|------------|----|----|----|
|               |  | 儿偏大或羊水过多等潜在高危因素。                   |            |    |    |    |
|               |  | 4. 注意评估有无肾脏、心血管系统及视网膜病变等合并症的症状及体征。 | 2          |    |    |    |
| 护理问题<br><10分> | 1. 有血糖不稳定的危险 与血糖代谢异常有关。  |                                    | 5          |    |    |    |
|               | 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。  |                                    | 5          |    |    |    |
| 护理目标<br><10分> | 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。   |                                    | 5          |    |    |    |
|               | 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。  |                                    | 5          |    |    |    |
| 护理措施<br><40分> | 1. 健康教育 进行妊娠期糖尿病相关知识宣教。指导孕妇正确控制血糖, 提高自我监护和自我护理能力, 与人共同制订有针对性的健康教育干预计划, 使孕妇掌握注射胰岛素的正确方法, 药物作用的药峰时间, 配合饮食及合适的运动和休息, 并能自行血糖或尿糖测试, 讲解妊娠合并糖尿病对母儿的危害, 预防各种感染的方法, 指导孕妇听一些优美抒情的音乐, 在专业人员指导下, 进行孕期瑜伽练习, 保持身心愉悦。教会孕妇掌握高血糖及低血糖的症状及紧急处理步骤, 鼓励其外出携带糖尿病识别卡及糖果, 避免发生不良后果。 |                                    | 10         |    |    |    |
|               | 2. 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。  |                                    | 6          |    |    |    |
|               | 3. 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, 在限制碳水化合物摄入的同时保证充足的营养供给和产妇体重适当增加, 并将血糖维持在正常水平, 减少酮症的发生。  |                                    | 6          |    |    |    |
|               | 4. 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。   |                                    | 6          |    |    |    |
|               | 5. 合理用药 多数 GDM 孕妇通过饮食、运动等生活方式干预, 使血糖达标, 不能达标的 GDM 病人, 为避免低血糖或酮症酸中毒的发生, 首选胰岛素治疗。  |                                    | 6          |    |    |    |
|               | 6. 心理支持 维护孕妇自尊, 积极开展心理疏导。糖尿病孕妇了解糖尿对母儿的危害后, 可能会因无法完成“确保自己及胎儿安全顺利地度过妊娠期和分娩期”而产生焦虑、恐惧及低自尊的反应, 严重者造成身体意象紊乱。  |                                    | 6          |    |    |    |
|               | 评价<br><20分>  | 技能<br><10分>                        | 1 案例内容要素完整 | 5  |    |    |
| 2. 评估程序规范, 熟练 |  |                                    | 5          |    |    |    |
| 素养<br><10分>   |  | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通         | 5          |    |    |    |
|               |  | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育             | 5          |    |    |    |
| 总分            |  |                                    | 100        |    |    |    |

## 任务2: 四步触诊评分细则



表3 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 |
|----------------|--|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 孕(产)妇<br><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  |    |    |    |
|                |  | 3. 嘱孕(产)妇排空膀胱  | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><3分>                               | 符合产前检查室要求  | 3  |    |    |    |
|                | 操作者<br><5分>                              | 1. 着装整洁  | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 修剪指甲, 七步洗手法洗手   | 3  |    |    |    |
| 用物<br><4分>     | 用物准备齐全(少一个扣1分, 最多扣2分); 质量符合要求, 按操作先后顺序放置 | 4  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 测量宫高和腹围<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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  |    |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
|             |             | 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   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 操作规范, 动作熟练、轻柔, 测量结果准确       | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣完5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 病人安全、满意                     | 4   |    |    |    |
|             |             | 2. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人            | 3   |    |    |    |
|             |             | 3. 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适     | 3   |    |    |    |
| 总分          |             |                                | 100 |    |    |    |

### 任务3: 快速血糖测定评分细则

表4 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 |
|--------------------|---|---|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><9分>  | 1. 核对医嘱单、治疗卡、病人床号、姓名                        | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2. 向病人解释并取得合作                               | 3  |    |    |    |
|                    |   | 3. 评估病人全身情况、进食情况、心理状态、对疾病知识了解程度             | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4. 采血部位选择恰当, 符合病人意愿, 评估采血部位皮肤情况             | 2  |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜                          | 2  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><4分>   | 1. 操作者仪表准备(衣帽整齐, 戴口罩)                       | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2. 洗手或手消毒                                   | 2  |    |    |    |
| 用物<br><5分>         | 血糖仪、采血笔及针头、配套试纸; 75%乙醇; 手消毒剂; 无菌棉签; 记录本; 治疗单; 笔; 弯盘; 锐器盒; 医用垃圾桶、生活垃圾桶 | 5   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 采血<br><15分>   | 1. 再次核对病人姓名、床号                              | 5  |    |    |    |
|                    |   | 2. 做好解释, 安慰病人                               | 5  |    |    |    |
|                    |   | 3. 开机, 检查血糖仪性能是否良好, 确认血糖仪条码与试纸条码一致, 将试纸插入机内 | 5  |    |    |    |
|                    | 采血<br><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. 快速采血, 减轻病人痛苦                             | 5  |    |    |    |
|                    |   | 4. 用干棉签拭去第一滴血, 将第2滴血轻触试纸测试区                 | 5  |    |    |    |
|                    |   | 5. 读取血糖值                                    | 5  |    |    |    |

| 考核内容        |              | 考核点及评分要求                       | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------|--------------------------------|----|----|----|----|
|             |              | 6. 取出试纸，关闭仪器                   | 5  |    |    |    |
|             |              | 7. 整理用物，针头丢入锐器盒，试纸丢入医用垃圾桶内集中处理 | 5  |    |    |    |
|             |              | 8. 洗手，记录测试结果并告知病人，做相关解释        | 5  |    |    |    |
|             | 健康指导<br><5分> | 给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导            | 5  |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>  | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确         | 5  |    |    |    |
|             |              | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止   | 5  |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>  | 1. 病人安全、满意                     | 4  |    |    |    |
|             |              | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人              | 3  |    |    |    |
|             |              | 3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适       | 3  |    |    |    |
| 总分          |              | 100                            |    |    |    |    |

### 3. 试题编号：2-1-3 胎盘早剥病人的护理

#### (1) 任务描述

李女士，23岁，孕2产0，因“妊娠38+1周，不慎摔倒后下腹疼痛伴阴道流血3小时”急诊入院。查体：T37.3℃，P82次/min，R18次/min，BP100/70mmHg，面色苍白，宫高29cm，腹围90cm，子宫硬如板状，压痛明显，胎位触不清，胎心音110次/min。诊断为：孕2产0，孕38+1周，胎盘早剥？入院后急诊行剖宫产术。新生儿娩出后立即进行复苏。

任务1：请对李女士进行护理评估，提出主要的护理问题，制订有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：请对李女士实施留置导尿术。

任务3：请对新生儿进行肌内注射。

#### (2) 实施条件

| 类型 | 基本实施条件   | 备注 |
|----|--|----|
| 场地 | (1) 模拟病房、手术室；(2) 模拟治疗室、处置室   |    |
| 资源 | (1) 床单位；(2) 多功能护理人；(3) 治疗车；(4) 手消毒剂；(5) 处置室备有生活垃圾桶、医疗垃圾桶、锐器盒；(6) 屏风。 |    |

| 类型   | 基本实施条件   | 备注 |
|------|--|----|
| 用物   | 留置导尿用物：(1)双腔气囊导尿管 2 根；(2)无菌导尿包（内层包布内装弯盘 2 个、血管钳 2 把、治疗碗、小药杯内置棉球数个、液状石蜡油棉球瓶、有盖标本瓶、纱布数块、孔巾 1 块，内层包布外用血管钳固定）；(3)外阴消毒包（内层包布内装弯盘 1 个、盛数个棉球的治疗碗、止血钳 1 把、纱布数块、内层包布外用血管钳固定）；(4)无菌集尿袋 1 个；(5)皮肤消毒液 2 瓶；(6)无菌手套 2 副；(7)无菌生理盐水；(8)20ml 无菌注射器；(9)无菌棉签；(10)一次性垫巾；(11)大浴巾；(12)尿管标识贴；(13)手消毒液；(14)治疗卡；(15)病历本及护理记录单（按需准备）；(16)治疗盘；(17)治疗车<br>肌内注射用物：(1) 无菌持物钳/镊及持物钳/镊筒；(2) 敷料缸（内备无菌纱布数块）；(3) 无菌盘；(4) 砂轮；(5) 药物（遵医嘱）；(6) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(7) 弯盘；(8) 注射卡和笔；(9) 无菌棉签；(10) 手消毒剂；(11) 皮肤消毒液；(12) 必要时配抢救盒；(13) 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  |    |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：留置导尿（女病人）：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）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 留置导尿     | 100 | 30% |
| 3  | 肌内注射     | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|------|----------|----|----|----|----|
|      |          |    |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   |             | 1. 询问病人现在还有无阴道流血?                                      | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 有无腹痛?   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 有无焦虑不安?   | 3   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   |             | 1. 焦虑: 与担心胎儿能否保住和胎儿健康等因素有关。                            | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 有感染的危险: 与阴道出血等因素有关。                                 | 5   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 病人焦虑情绪得到缓解, 情绪逐渐稳定, 能够配合治疗。                         | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人住院期间未发生感染。  | 5   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 耐心解答病人及家属的疑问, 安定病人情绪, 宣传加强营养的重要性。                   | 6   |    |    |    |
|                 |             | 2. 卧床休息, 禁性生活, 避免不必要的妇科检查, 酌情使用镇静剂。                    | 6   |    |    |    |
|                 |             | 3. 按病情选用保胎药物, 例如维生素 E、叶酸、黄体酮(适用于黄体功能低下者)等。             | 5   |    |    |    |
|                 |             | 4. 观察腹痛及阴道流血情况, 如有组织排出, 应送病理检查。                        | 5   |    |    |    |
|                 |             | 5. 便秘者禁用肥皂水灌肠, 必要时选用开塞露。                               | 6   |    |    |    |
|                 |             | 6. 留晨尿作妊娠试验, 动态观察有助于推测预后。                              | 6   |    |    |    |
|                 |             | 7. 加强会阴护理, 使用无菌会阴垫以防感染。                                | 6   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 病人焦虑情绪是否得到缓解, 情绪是否逐渐稳定, 能否配合治疗。<br>2. 病人住院期间有无发生感染。 | 10  |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练  | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通                             | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育                                 | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

## 任务2: 留置导尿评分细则

表3 留置导尿评分标准

| 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<br><20分> | 病人<br><9分> | 1. 核对医嘱                               | 2  |    |    |    |
|                |            | 2. 评估病人全身情况: 年龄、病情、意识状态               | 3  |    |    |    |
|                |            | 3. 评估病人会阴及膀胱充盈情况                      | 2  |    |    |    |
|                |            | 4. 评估病人心理状况, 解释并取得合作, 嘱有自理能力病人自行清洗会阴  | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><3分> | 清洁、宽敞、明亮, 关闭门窗、屏风遮挡, 符合无菌技术要求, 注意保护隐私 | 3  |    |    |    |

| 考核内容        |                | 考核点及评分要求  | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|----------------|---|----|----|----|----|
|             | 操作者<br><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<br><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；按操作先后顺序放置                                   | 5  |    |    |    |
| 实施<br><60分> | 初步消毒<br><18分>  | 1. 带用物至床旁，核对，解释，取得同意；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，病人感觉舒适  | 2  |    |    |    |
|             |                | 4. 打开消毒包方法正确，倒入消毒液量适宜   | 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，消毒顺序正确，中间不留空隙，动作轻柔，符合原则，关心病人           | 7  |    |    |    |
|             |                | 7. 医用垃圾初步处理正确   | 2  |    |    |    |
|             | 再次消毒<br><18分>  | 1. 开无菌导尿包无污染，倒入适量消毒液，备好生理盐水、导尿管、无菌注射器、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，润滑长度合适   | 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 | 6  |    |    |    |
|             | 插管与固定<br><14分> | 1. 嘱病人深呼吸，插管动作轻柔，插入尿道约4~6cm，见尿液流出再插入7~10cm，用血管钳夹闭导尿管末端。沟通有效                         | 5  |    |    |    |
|             |                | 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，生理盐水注入方法正确，轻拉导尿管有阻力感，导尿管固定有效                         | 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. 集尿袋固定妥当、低于膀胱的位置。脱手套。注明置管日期   | 2  |    |    |    |
|             | 导尿             | 1. 及时撤出浴巾，协助病人穿好裤子及取舒适体位，床单位整洁  | 2  |    |    |    |

| 考核内容        |              | 考核点及评分要求                     | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------|------------------------------|-----|----|----|----|
|             | 后处理<br><10分> | 2. 消毒双手，方法正确；取下口罩；记录         | 3   |    |    |    |
|             |              | 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   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>  | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确       | 5   |    |    |    |
|             |              | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>  | 1. 病人安全、满意                   | 4   |    |    |    |
|             |              | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人            | 3   |    |    |    |
|             |              | 3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适     | 3   |    |    |    |
| 总分          |              |                              | 100 |    |    |    |

### 任务3：肌内注射评分细则

表4 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 |
|----------------|---|---|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><9分>  | 1. 核对医嘱、注射卡                               | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等       | 3  |    |    |    |
|                |   | 3. 评估病人局部情况，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. 评估病人心理状况，解释并取得合作                       | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 环境符合注射要求，保护隐私                             | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><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<br><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；按操作先后顺序放置 | 5   |    |    |    |    |
| 实施             | 备药<br><12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                               | 2  |    |    |    |
|                |   | 5. 医用垃圾初步处理正确                             | 2  |    |    |    |
|                |   | 1. 带用物至病人床旁，核对床号、姓名，并解释                   | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 协助病人取合适体位                              | 2  |    |    |    |
|                |   | 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. 注射前查对，排尽空气，备干棉签                        | 2  |    |    |    |
|                |   | 6. 持针方法正确，皮肤绷紧，进针角度、深度合适，                 | 12 |    |    |    |

| 考核内容                         |                    | 考核点及评分要求                    | 分值                     | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|----|----|----|
| <60分>                        | 注射<br><38分>        | 进针后回抽无回血，注射一次成功             |                        |    |    |    |
|                              |                    | 7. 缓慢推药并口述，询问病人感受           | 2                      |    |    |    |
|                              |                    | 8. 注射完毕快速拔针并按压              | 2                      |    |    |    |
|                              |                    | 9. 及时处理注射器和针头               | 2                      |    |    |    |
|                              |                    | 10. 再次核对、记录                 | 2                      |    |    |    |
|                              |                    | 11. 及时消毒双手，取下口罩             | 2                      |    |    |    |
|                              | 注射后<br>处理<br><10分> | 1. 整理床单位，帮助病人取舒适体位          | 2                      |    |    |    |
|                              |                    | 2. 健康指导内容、方式合适              | 4                      |    |    |    |
|                              |                    | 3. 医用垃圾初步处理正确               | 2                      |    |    |    |
|                              |                    | 4. 巡视病房，听取病人主诉，及时发现并处理用药后反应 | 2                      |    |    |    |
|                              | 评价<br><20分>        | 技能<br><10分>                 | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确 | 5  |    |    |
| 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止 |                    |                             | 5                      |    |    |    |
| 素养<br><10分>                  |                    | 1. 病人安全、满意                  | 4                      |    |    |    |
|                              |                    | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人           | 3                      |    |    |    |
|                              |                    | 3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适    | 3                      |    |    |    |
| 总分                           |                    |                             | 100                    |    |    |    |

## 项目 2：儿童护理

### 1. 试题编号：2-2-1 支气管肺炎病人气管异物的护理

#### (1) 任务描述

病人，女，1岁，发热、咳嗽4天，气促1天，门诊行胸片检查示“双肺下野点片状阴影”，拟诊“支气管肺炎”入院。入院后完善相关检查，积极抗炎及对症处理后症状有所缓解。入院后第3天，早餐进食时出现呛咳，之后剧烈咳嗽、哭不出声，小脸胀得通红，家属立即来护士站求救。

任务1：请对目前病人及家属状况进行实时评估，提出当前主要的护理问题，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：若你是值班护士，请你对病人进行气管异物的急救。

任务3：成功排出异物后，遵医嘱予头孢克洛静脉注射，请为病人进行静脉输液。

#### (2) 实施条件

| 类型 | 实施条件 | 备注 |
|----|------|----|
|    |      |    |



| 类型   | 实施条件  | 备注                  |
|------|---|---------------------|
| 场地   | (1) 模拟急诊病房；(2) 模拟处置室  |                     |
| 资源   | (1) 病床；(2) 婴儿模型；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 标准化病人家属。  |                     |
| 用物   | 气管异物的现场急救：(1) 弯盘；(2) 无菌纱布；(3) 手消毒剂；<br>密闭式静脉输液：(1) 一次性密闭式输液器；(2) 一次性注射器；<br>(3) 输液架；(4) 剪刀；(5) 皮肤消毒剂；(6) 无菌棉签；(7) 弯盘；(8) 一次性止血带；(9) 无菌纱布；(10) 瓶签；(11) 输液溶液；(12) 药物；(13) 砂轮；(14) 输液贴；(15) 小枕及一次性垫巾；(16) 笔；(17) 输液卡；(18) 手消毒剂；(19) 夹板和绷带（按需准备）；(20) 一次性手套（按需准备）；(21) 急救盒（按需准备）；(22) 病历本及护理记录单（按需准备）；(23) 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。  |                     |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：气管异物的现场急救：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）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求  | 分值  | 权重  |
|----|-----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析   | 100 | 40% |
| 2  | 气管异物的现场急救 | 100 | 30% |
| 3  | 密闭式静脉输液   | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|------|----------|----|----|----|----|
|------|----------|----|----|----|----|

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求                                    | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   |             | 1. 询问家属患儿发生呛咳的时间、进食的食物种类和性状                 | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 观察患儿神志、面色、呼吸、三凹征情况                       | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 评估家属心情及对气管异物急救处理知识的了解情况                  | 3   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   |             | 1. 有窒息的危险 与异物堵塞气道有关                         | 2   |    |    |    |
|                 |             | 2. 气体交换障碍 与气道内异物有关                          | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 潜在并发症 肺炎、肺不张、肺气肿、气胸、心力衰竭、呼吸衰竭、多器官功能损伤等   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 焦虑 担心患儿病情严重危及生命                          | 2   |    |    |    |
|                 |             | 5. 知识缺乏 缺乏气管、支气管异物防治知识                      | 2   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 气管异物被排除，患儿呼吸恢复正常                         | 2   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患儿缺氧症状改善                                 | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 未发生并发症，或并发症被及时发现和有效处理                    | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 家属能听从医护人员建议，不私自干预急救过程                    | 2   |    |    |    |
|                 |             | 5. 家属能说出气管、支气管异物的常见原因，能简单演示压胸推腹急救法          | 2   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 立即准备气管切开包、负压吸引器、急救药品等                    | 8   |    |    |    |
|                 |             | 2. 协助医生进行支气管镜下异物取出术，术中术后密切观察患儿生命体征变化        | 10  |    |    |    |
|                 |             | 3. 遵医嘱予氧气吸入改善患儿缺氧情况，予抗生素预防感染                | 8   |    |    |    |
|                 |             | 4. 指导患儿家属加强安全看护，防坠床、跌倒                      | 7   |    |    |    |
|                 |             | 5. 向家属做好健康宣教，告诉其小儿气管异物发生的常见原因及现场急救的方法       | 7   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 气管异物是否成功排出，呼吸困难是否缓解，缺氧是否改善               | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患儿有无发生并发症                                | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 家属是否冷静配合治疗，能否说出气管异物的常见原因，能否准确演示气管异物的急救方法 | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整                                  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练                                | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对患儿态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通                    | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能给患儿家属采用个性化的方式进行健康教育                     | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务2：气管异物的现场急救评分细则

表3 气管异物的现场急救评分标准

| 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<br><20分>         | 患儿<br><6分>           | 1. 评估患儿年龄、运动功能发育情况                                       | 2   |  |  |
|                        |                      | 2. 评估患儿进食情况、家长的照护习惯                                      | 2   |  |  |
|                        |                      | 3. 解释操作目的, 并取得合作   | 2   |  |  |
|                        | 环境<br><5分>           | 安全、宽敞, 适宜进行抢救  | 3   |  |  |
|                        | 操作者<br><3分>          | 1. 着装整齐, 头发处理到位, 挂表                                      | 2   |  |  |
| 2. 指甲符合要求, 手上无饰物, 正确洗手 |                      | 2  |     |  |  |
| 用物<br><6分>             | 用物准备齐全: 弯盘、无菌纱布、手消毒剂 | 2  |     |  |  |
| 实施<br><60分>            | 判断与呼救<br><10分>       | 1. 患儿有呛咳, 呼吸异常、口唇青紫                                      | 4   |  |  |
|                        |                      | 2. 口述患儿意识情况  | 3   |  |  |
|                        |                      | 3. 确认出现气道阻塞, 立即呼救, 启动急救救护系统                              | 3   |  |  |
|                        | 急救过程<br><36分>        | 1. 跪于患儿身后, 用两臂环绕患儿腰部, 使患儿身体前倾                            | 8   |  |  |
|                        |                      | 2. 一手握空心拳, 拇指侧紧抵腹部正中线肚脐上方两横指处, 另一手包住拳头, 反复快速向内、向上冲击患儿上腹部 | 16  |  |  |
|                        |                      | 3. 按压深度为上腹部前后径的 1/3, 频率约每秒一次                             | 8   |  |  |
|                        |                      | 4. 重复按压, 直至异物排出或患儿失去反应                                   | 4   |  |  |
|                        | 判断处理效果<br><9分>       | 1. 清除口腔残留物, 检查异物是否完全排出, 将气道排出物并留作标本                      | 5   |  |  |
|                        |                      | 2. 呼吸反应恢复情况  | 2   |  |  |
|                        |                      | 3. 面色、口唇、皮肤色泽恢复情况  | 2   |  |  |
|                        | 整理记录与指导<br><10分>     | 1. 整理用物, 清洁双手  | 2   |  |  |
|                        |                      | 2. 记录急救时间及过程   | 3   |  |  |
|                        |                      | 3. 告知家长后续处理, 指导气道异物的预防与急救方法                              | 5   |  |  |
| 评价<br><20分>            | 技能<br><10分>          | 1. 操作规范, 动作熟练, 能正确指导气管异物的预防和急救                           | 5   |  |  |
|                        |                      | 2. 在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣完 5 分为止                     | 5   |  |  |
|                        | 素养<br><10分>          | 1. 沉着冷静, 态度和蔼, 急救意识强                                     | 5   |  |  |
|                        |                      | 2. 关爱患儿, 操作中注意安抚患儿, 家长协作良好                               | 5   |  |  |
| 总分                     |                      |  | 100 |  |  |

### 任务 3: 密闭式静脉输液评分细则

表 4 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 |
|------|---------------------------|----|----|----|----|
|      | 1. 核对医嘱、输液卡               | 2  |    |    |    |
|      | 2. 评估患儿全身情况: 年龄、病情、意识状态、用 | 3  |    |    |    |

| 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<br><20分>               | 患儿<br><9分>  | 药史、过敏史、家族史等                                       |    |    |    |    |
|                              |   | 3. 评估患儿局部情况，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. 评估患儿心理状况，解释并取得合作                               | 2  |    |    |    |
|                              | 环境<br><2分>  | 治疗室及病室环境均符合输液要求                                   | 2  |    |    |    |
|                              | 操作者<br><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<br><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；按操作先后顺序放置 | 5   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>                  | 备药<br><12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，剂量准确，无菌观念强                          | 2  |    |    |    |
|                              |   | 4. 请他人核对并签名                                       | 2  |    |    |    |
|                              |   | 5. 关调节器开关，一次性输液器插入正确                              | 2  |    |    |    |
|                              |   | 6. 医用垃圾初步处理正确                                     | 2  |    |    |    |
|                              | 输液<br><38分>                                       | 1. 再次核对输液卡、患儿、药液；沟通有效；体位准备合适                      | 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                                 | 3  |    |    |    |
|                              |   | 4. 垫一次性垫枕，扎一次性止血带位置正确、松紧适宜，穿刺部位消毒方法正确             | 3  |    |    |    |
|                              |   | 5. 再次排气，穿刺一针见血                                    | 8  |    |    |    |
|                              |   | 6. 输液贴固定牢固、美观                                     | 2  |    |    |    |
|                              |   | 7. 输液速度调节正确                                       | 6  |    |    |    |
|                              |   | 8. 记录输液的时间、滴速并签名                                  | 2  |    |    |    |
|                              |   | 9. 消毒双手，取下口罩                                      | 2  |    |    |    |
|                              |   | 10. 整理床单位，帮患儿取舒适体位                                | 2  |    |    |    |
|                              |   | 11. 健康指导有效，患儿能理解和复述                               | 2  |    |    |    |
|                              |   | 12. 医用垃圾初步处理正确                                    | 2  |    |    |    |
|                              | 观察<br><2分>  | 巡视病房，听取患儿主诉，及时发现并处理输液故障、不适反应；需要继续输液者更换药物方法正确（可口述） | 2  |    |    |    |
|                              | 拔针<br><8分>  | 1 再次核对，解释，消毒双手、戴口罩                                | 2  |    |    |    |
| 2. 拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀 |   | 3   |    |    |    |    |
| 3. 医用垃圾初步处理正确                |   | 1   |    |    |    |    |
| 4. 消毒双手，取下口罩                 |   | 1   |    |    |    |    |
| 5. 健康指导内容有针对性                |   | 1   |    |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                      | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|-------------------------------|-----|----|----|----|
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 操作规范，坚持三查八对，无菌观念强          | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止） | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 患儿安全、满意                    | 2   |    |    |    |
|             |             | 2. 护患沟通有效，患儿合作                | 4   |    |    |    |
|             |             | 3. 仪表举止大方得体，关爱患儿，体现整体护理理念     | 4   |    |    |    |
| 总分          |             |                               | 100 |    |    |    |

## 2. 试题编号：2-2-2 单纯性肥胖病人的护理

### (1) 任务描述

西西，男，8个月，今日来预防保健门诊进行体检和麻风疫苗接种。家长诉西西是足月顺产，出生体重3.8Kg，生后一直母乳喂养，4个月开始添加辅食，平时食欲旺盛，每天吃6次母乳加2次辅食；家长觉得西西体型偏胖，胃口偏大，想为其进行体格发育测量。

任务1：请对西西进行护理评估，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：请对西西进行体格发育测量。

任务3：请对西西进行皮下注射接种麻风疫苗。

### (2) 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 | 体格发育测量用物：(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）<br>皮下注射用物：(1) 无菌持物钳/镊及持物钳/镊筒；(2) 敷料缸（内备无菌纱布数块）；(3) 无菌盘；(4) 砂轮；(5) 药物（遵医嘱）；(6) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(7) 弯盘；(8) 注射卡和笔；(9) 无菌棉签；(10) 手消毒剂；(11) 皮肤消毒液；(12) 必要时配抢救盒；(13) 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 |

| 类型   | 基本实施条件                        | 备注 |
|------|-------------------------------|----|
| 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 |    |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：体格发育测量：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：皮下注射：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 体格发育测量   | 100 | 30% |
| 3  | 皮下注射     | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|---|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 评估儿童的喂养情况、饮食习惯、饮食量   | 4  |    |    |    |
|                | 2. 评估儿童目前的健康状况，有无发热等不适  | 3  |    |    |    |
|                | 3. 评估儿童有无引起肥胖的内分泌疾病和遗传因素  | 3  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 营养失调：高于机体需要量   | 6  |    |    |    |
|                | 2. 知识缺乏：家长缺乏合理喂养知识和对肥胖危害的认识   | 4  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 儿童能正常饮食，体重恢复正常   | 6  |    |    |    |
|                | 2. 家长知道合理喂养的方式，认识到了肥胖的危害  | 4  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 1. 饮食管理：指导家长为儿童制定饮食计划，改进膳食习惯。在限制热量的基础上使蛋白质、脂肪、碳水化合物配比适宜，无机盐、维生素供给充分 | 15 |    |    |    |
|                | 2. 指导儿童体育锻炼：为儿童选择适宜的运动方式，如主/被动操、游泳等，指导家长如何帮助儿童运动，并注意循序渐进、长期坚持       | 15 |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
|                 |             | 3. 健康教育：向家长介绍合理喂养的知识、儿童营养需要、辅食添加的原则和方法等；宣传儿童肥胖的预防知识及危害性；指导家长协助儿童做主/被动操、游泳等运动的方法 | 10  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 儿童是否正常饮食，体重是否恢复正常  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 家长是否知道合理喂养的方式，是否认识到了肥胖的危害  | 5   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练  | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对儿童及家属态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据儿童采用个性化的方式进行健康教育  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务2：体格发育测量评分细则

表3 体格发育测量评分标准

| 考核内容           |   | 考核点及评分要求   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|---|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 儿童<br><6分>  | 1. 评估儿童饮食、大小便情况，头发情况   | 3  |    |    |    |
|                |   | 2. 评估儿童动作发育及合作情况   | 2  |    |    |    |
|                |   | 3. 上次测量时间  | 1  |    |    |    |
|                | 环境<br><4分>  | 整洁、明亮、安全、温度 22℃ 以上<br>(新生儿测量时 26℃ 以上)                                  | 4  |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>   | 着装整齐，头发处理到位  | 2  |    |    |    |
|                |   | 指甲符合要求，手上无饰物，口述洗手方法正确  | 2  |    |    |    |
| 用物<br><6分>     | 用物准备齐全(少一个扣 0.5 分,最多扣 2 分);<br>逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作<br>先后顺序放置 | 6  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 体重的<br>测量<br><11分>  | 1. 体重秤放于平整的地面或硬操作台上，冬季<br>可铺毛巾于秤盘上，校零                                  | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 脱去/协助脱去儿童衣物、鞋袜至裸体或仅<br>穿着单衣   | 2  |    |    |    |
|                |   | 3. 轻抱儿童于秤中央，或指导儿童轻上轻下平<br>稳立于秤中央，安抚儿童或嘱咐儿童不摇晃，<br>身体不接触其他物品            | 9  |    |    |    |
|                |   | 4. 数据显示稳定后读数，根据儿童年龄按要<br>求精确记录   | 2  |    |    |    |
|                | 身长(高)<br>的测量<br><13分>   | 1. 口述：根据儿童年龄及合作程度选择卧位<br>或立位测量   | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 测量身长：轻抱儿童至身长测量仪上，身<br>体长轴平行于标尺，固定儿童头部，使其头顶接<br>触“头板”，目光平视天花板。双手将儿童两 | 9  |    |    |    |

|             |                |   |     |  |  |  |
|-------------|----------------|---|-----|--|--|--|
|             |                | 腿内旋、两膝并拢，接着用一只手按直膝部，使其下肢伸直紧贴操作台，另一手将“足板”移动至紧贴幼儿足跟，调整“足板”使其垂直于皮尺<br>测量身高：儿童直立，背靠身高测量仪的立柱，两眼正视前方，挺胸抬头、腹微收，两肩水平、两臂自然下垂，脚跟靠拢，脚尖分开约 60°，两足后跟、臀部、肩胛间和枕部在同一平面上。移动身高测量仪头顶板与儿童头顶接触，调整头顶板呈水平位 |     |  |  |  |
|             |                | 3. 保持视线与“足板”或“头顶板”所在刻度在一条直线上，精确读数至 0.1cm，记录   | 2   |  |  |  |
|             | 头围的测量<br><15分> | 1. 评估儿童头发情况，口述长头发的整理方法  | 2   |  |  |  |
|             |                | 2. 口述：儿童取坐位或卧位，不合作者可由助手抱坐于腿上，同时助手协助固定头部   | 2   |  |  |  |
|             |                | 3. 站立于儿童侧前方，将软皮尺零点固定于一侧眉弓上缘，另一手将软皮尺紧贴头皮经枕骨结节绕至另一侧眉弓上缘回到零点   | 9   |  |  |  |
|             |                | 4. 读与零刻度相重叠的刻度值，精确至 0.1cm，记录  | 2   |  |  |  |
|             | 胸围的测量<br><13分> | 1. 口述：儿童取平卧位或立位，双手平放或自然下垂，平静呼吸  | 2   |  |  |  |
|             |                | 2. 站立于儿童侧前方，将软皮尺零点固定于一侧乳头下缘，另一手将软皮尺紧贴皮肤经两肩胛下角绕至另一侧乳头下缘回到零点  | 9   |  |  |  |
|             |                | 3. 读与零刻度相重叠的刻度值，呼吸和吸气时各测一次，取平均值，精确到 0.1cm，记录  | 2   |  |  |  |
|             | 整理<br><4分>     | 1. 为儿童/协助儿童穿好衣物、鞋袜，整理头发，戴好帽子。安抚、表扬儿童  | 2   |  |  |  |
|             |                | 2. 整理用物，洗手  | 2   |  |  |  |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>    | 1. 操作规范，动作熟练  | 2   |  |  |  |
|             |                | 2. 能否根据案例信息采取正确的体位及选择适宜的工具和测量方式   | 3   |  |  |  |
|             |                | 3. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣完 5 分为止  | 5   |  |  |  |
|             | 素养<br><10分>    | 1. 仪表举止大方得体，关爱儿童，和儿童有效沟通  | 5   |  |  |  |
|             |                | 2. 有保证儿童安全、保持儿童舒适意识   | 5   |  |  |  |
| 总分          |                |   | 100 |  |  |  |

### 任务3：皮下注射评分细则

表 4 皮下注射评分标准

| 考核内容 |    | 考核点及评分要求    | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|------|----|-------------|----|----|----|----|
| 评估及  | 患儿 | 1. 核对医嘱、注射卡 | 2  |    |    |    |



| 考核内容                        |  | 考核点及评分要求                                  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------------------|--|---|-----|----|----|----|
| 准备<br><20分>                 | <9分>   | 2. 评估患儿全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等       | 3   |    |    |    |
|                             |  | 3. 评估患儿局部情况，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. 评估患儿心理状况，解释并取得合作                       | 2   |    |    |    |
|                             | 环境<br><2分>                                       | 环境符合注射要求，保护隐私                             | 2   |    |    |    |
|                             | 操作者<br><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<br><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；按操作先后顺序放置 | 5   |     |    |    |    |
| 实施<br><60分>                 | 备药<br><12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                               | 2   |    |    |    |
|                             |  | 5. 医用垃圾初步处理正确                             | 2   |    |    |    |
|                             | 注射<br><38分>                                      | 1. 带用物至患儿床旁，核对床号、姓名，并解释                   | 2   |    |    |    |
|                             |  | 2. 协助患儿取合适体位                              | 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. 注射前查对，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  | 8   |    |    |    |
|                             |  | 7. 缓慢推药并口述，询问患儿感受                         | 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                             | 2   |    |    |    |
|                             |  | 10. 再次核对、记录                               | 2   |    |    |    |
|                             |  | 11. 及时消毒双手，取下口罩                           | 2   |    |    |    |
|                             | 注射后<br>处理<br><10分>                               | 1. 整理床单位，帮助患儿取舒适体位                        | 2   |    |    |    |
| 2. 健康指导内容、方式合适              |  | 4   |     |    |    |    |
| 3. 医用垃圾初步处理正确               |  | 2   |     |    |    |    |
| 4. 巡视病房，听取患儿主诉，及时发现并处理用药后反应 |  | 2   |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>                 | 技能<br><10分>                                      | 1. 遵守原则和规范，无菌观念强，做到“五个准确”                 | 3   |    |    |    |
|                             |  | 2. 动作轻柔，运用无痛注射技术                          | 2   |    |    |    |
|                             |  | 3. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）             | 5   |    |    |    |
|                             | 素养<br><10分>                                      | 1. 护患沟通良好，健康指导有效                          | 5   |    |    |    |
| 2. 仪表举止端庄，关爱患儿              |  | 5   |     |    |    |    |
| 总分                          |  |   | 100 |    |    |    |

## 项目 3：成人护理

### 1. 试题编号：2-3-1 支气管扩张病人的护理

### (1) 任务描述

李某，女，65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，左下肺呼吸音粗，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。

任务1：请对李某进行护理评估，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：请对李某进行雾化吸入。

任务3：请对李某进行体位引流。

### (2) 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（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   | 雾化吸入：(1) 超声波雾化吸入器一套；(2) 水温计；(3) 弯盘；(4) 冷蒸馏水；(5) 生理盐水；(6) 药物；(7) 消毒液、无菌棉签和砂轮；(8) 无菌持物钳；(9) 无菌纱布；(10) 一次性注射器；(11) 一次性治疗巾；(12) 手电筒；(13) 手消毒剂；(14) 笔；(15) 病历本及护理记录单（按需准备）；(16) 治疗车；(17) 锐器盒、医疗垃圾桶和生活垃圾桶<br>体位引流：(1) 听诊器；(2) 枕头；(3) 一次性手套；(4) 弯盘；(5) 消毒痰盂；(6) 手消剂；(7) 一次性治疗巾；(8) 漱口水；(9) 纱布数块；(10) 治疗车；(11) 笔；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）；(13) 水杯 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

### (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：雾化吸入：18分钟（其中用物准备9分钟，操作9分钟）。

任务3：体位引流：22分钟（其中用物准备6分钟，操作16分钟）。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 雾化吸入     | 100 | 30% |
| 3  | 体位引流     | 100 | 30% |

### 2) 评分细则

#### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|------------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分>   | 1. 询问病人现在有无呼吸费力?   | 2  |    |    |    |
|                  | 2. 有无痰堵, 有无头晕乏力?   | 2  |    |    |    |
|                  | 3. 痰能否顺利咳出, 痰的量和颜色有无明显变化?  | 2  |    |    |    |
|                  | 4. 听诊病人双肺呼吸音情况?  | 2  |    |    |    |
|                  | 5. 湿啰音的具体部位?   | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分>   | 1. 清理呼吸道无效 与痰多粘稠和无效咳嗽有关  | 4  |    |    |    |
|                  | 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  |    |    |    |
|                  | 3. 有室息的危险 与痰多、粘稠、大咯血不能及时排出有关   | 3  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分>   | 1. 病人能有效咳嗽、咳痰, 保持呼吸道通畅   | 4  |    |    |    |
|                  | 2. 病人营养状态保持正常  | 3  |    |    |    |
|                  | 3. 病人未发生窒息, 或窒息被及时发现并得到及时处理  | 3  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分>   | 1. 休息与饮食: 少量咯血静卧休息为主, 大咯血病人绝对卧床休息, 尽量避免搬动, 取患侧卧位, 与高热量、高蛋白、富含维生素饮食, 避免刺激性食物诱发咳嗽, 鼓励病人多喝水, 每天 1500ml 以上, 稀释痰液 | 8  |    |    |    |
|                  | 2. 病情观察: 观察痰液的量、颜色、性质、气味和体位的关系; 观察病人缺氧的情况, 是否有呼吸困难; 备好急救药品, 预防窒息   | 8  |    |    |    |
|                  | 3. 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  | 8  |    |    |    |
|                  | 4. 心理护理: 简要解释疾病过程, 减轻病人的心理负担, 舒缓心情   | 8  |    |    |    |
|                  | 5. 健康指导: 向病人和家属介绍疾病的发生、发展与治疗、护理过程, 与其共同制定长期预防计划  | 8  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10 分> | 1. 病人能否有效咳嗽、咳痰, 保持呼吸道通畅  | 4  |    |    |    |
|                  | 2. 病人营养状态是否保持正常  | 3  |    |    |    |
|                  | 3. 病人是否发生窒息, 或窒息是否被及时发现并得到及  | 3  |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|----------------------------|-----|----|----|----|
|             |             | 时处理                        |     |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 案例内容要素完整                | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 评估程序规范, 熟练              | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通 | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育     | 5   |    |    |    |
| 总分          |             |                            | 100 |    |    |    |

## 任务2: 雾化吸入评分细则

表3 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 |
|--------------------|---|--|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><9分>  | 1. 核对医嘱  | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2. 评估病人全身情况: 病情、意识状态、肢体活动能力、治疗情况、用药史、过敏史                     | 3  |    |    |    |
|                    |   | 3. 评估病人局部情况: 呼吸道是否通畅、面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等                         | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4. 评估病人心理状况, 解释并取得合作   | 2  |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 环境清洁、安静, 光线、温湿度适宜  | 2  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><4分>   | 1. 着装整洁  | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2. 洗手, 戴口罩   | 2  |    |    |    |
| 用物<br><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; 按操作先后顺序放置 | 5  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 雾化前<br>准备<br><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                                 | 5  |    |    |    |
|                    |   | 4. 核对医嘱、治疗卡(单)、药物, 将药物用生理盐水稀释至30~50ml加入雾化罐内, 将雾化罐放入水槽, 盖紧水槽盖 | 4  |    |    |    |
|                    | 雾化吸入<br><33分>   | 1. 带用物至床旁, 核对病人信息, 解释操作目的                                    | 3  |    |    |    |
|                    |   | 2. 根据病情, 协助病人采取合适体位, 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                   | 6  |    |    |    |
|                    |   | 4. 二次核对  | 2  |    |    |    |
|                    |   | 5. 将口含嘴放入病人口中(或用面罩罩住病人口鼻部)                                   | 3  |    |    |    |
|                    |   | 6. 指导病人闭口深呼吸, 告知病人或家属注意事项                                    | 5  |    |    |    |
|                    |   | 7. 再次核对  | 2  |    |    |    |
|                    |   | 8. 询问病人有无不适, 注意观察病人情况  | 3  |    |    |    |
|                    |   | 9. 雾化完毕(口述), 取下口含嘴或面罩  | 3  |    |    |    |

|             |                |   |     |  |  |  |
|-------------|----------------|---|-----|--|--|--|
|             | 操作后处理<br><12分> | 10. 先关雾化开关，再关电源开关                                       | 3   |  |  |  |
|             |                | 1. 清洁病人面部，取下治疗巾   | 3   |  |  |  |
|             |                | 2. 协助病人取舒适卧位，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） | 3   |  |  |  |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>    | 1. 操作规范，流程熟练  | 5   |  |  |  |
|             |                | 2. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）                           | 5   |  |  |  |
|             | 素养<br><10分>    | 1. 病人满意，呼吸道通畅，感觉舒适                                      | 2   |  |  |  |
|             |                | 3. 护患沟通良好，健康指导有效  | 4   |  |  |  |
|             |                | 4. 仪表、举止大方得体，关爱病人                                       | 4   |  |  |  |
| 总分          |                |   | 100 |  |  |  |

### 任务 3：体位引流评分细则

表 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 |
|----------------|--|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><10分>                                      | 1. 核对医嘱，转抄   | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 核对病人信息，解释说明目的                                       | 3  |    |    |    |
|                |  | 3. 病人咳痰、呼吸、进食时间  | 3  |    |    |    |
|                |  | 4. 进行肺部听诊，确认病变部位                                       | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>                                       | 环境安静、整洁、明亮、室温适宜，能保护隐私                                  | 2  |    |    |    |
| 操作者<br><3分>    | 着装整洁，洗手，戴口罩                                      | 3  |    |    |    |    |
| 用物<br><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；按操作先后顺序放置 | 5  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 体位引流<br><42分>                                    | 1. 再次核对病人信息，交代注意事项，取得合作                                | 5  |    |    |    |
|                |  | 2. 病人生命体征平稳，进行肺部听诊，确定病变部位                              | 4  |    |    |    |
|                |  | 取出活动性义齿  | 2  |    |    |    |
|                |  | 3. 根据病人病变部位，确定引流体位，口述原理：病变部位在上，引流支气管开口朝下               | 12 |    |    |    |
|                |  | 4. 根据病人耐受情况和病情需要，确定体位引流的时间，以及每日次数                      | 5  |    |    |    |
|                |  | 5. 协助排痰：叩背，并指导病人进行有效的咳嗽                                | 5  |    |    |    |
|                |  | 6. 观察并询问病人反应，如有面色苍白、发绀、心悸、呼吸困难、出汗、体力不支及咯血等异常表现，应立即停止引流 | 4  |    |    |    |
|                | 7. 痰液较多应提高警惕，以防大量脓痰突然排出，造成窒息                     | 5  |    |    |    |    |
|                | 引流后处理  | 1. 协助病人取舒适体位，整理床单位                                     | 2  |    |    |    |
| 2. 清水漱口，纸巾擦拭口周 |  | 2  |    |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                     | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|------------------------------|-----|----|----|----|
|             | <18分>       | 3. 判断引流效果：咳嗽减轻、咳痰明显较少呼吸顺畅    | 2   |    |    |    |
|             |             | 4. 听诊肺部湿罗音明显减轻               | 2   |    |    |    |
|             |             | 5. 观察痰液的性质、颜色、量，必要时遵医嘱送检     | 2   |    |    |    |
|             |             | 6. 询问病人的感受，并健康指导             | 3   |    |    |    |
|             |             | 7. 洗手、脱口罩、记录                 | 3   |    |    |    |
|             |             | 8. 整理用物                      | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔              | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止 | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 病人安全、满意                   | 3   |    |    |    |
|             |             | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人            | 3   |    |    |    |
|             |             | 3. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适     | 4   |    |    |    |
| 总分          |             |                              | 100 |    |    |    |

## 2. 试题编号：2-3-2 过敏性休克病人的护理

### (1) 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，摊倒于座椅上，呼之不应。

任务1：请为郑某某进行护理评估，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：请对郑某某遵医嘱实施青霉素皮肤过敏试验。

任务3：请对郑某某实施单人徒手心肺复苏。

### (2) 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) 屏风或布帘；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶 |       |
| 用物 | 皮内注射用物：(1) 过敏药物专用注射盘；(2) 无菌纱布；(3) 皮肤                     | 工作服、帽 |

| 类型   | 实施条件  | 备注           |
|------|---|--------------|
|      | 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）<br>心肺复苏：(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）；(12) 心肺复苏模型；(14) 血压计、听诊器；(15) 硬板床或硬板；(16) 纱布；(17) 弯盘；(18) 手电筒；(19) 护理记录单；(20) 手表 | 子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |              |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：心肺复苏：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：皮内注射：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 皮内注射     | 100 | 30% |
| 3  | 心肺复苏     | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|----------------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 确认现场环境安全；               | 2  |    |    |    |
|                | 2. 呼叫患者姓名，轻拍患者肩部，判断意识是否丧失， | 2  |    |    |    |

| 考核内容           | 考核点及评分要求  | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|---|----|----|----|----|
|                | 3. 面部贴近患者的口鼻, 感觉有无气体呼出 (5 秒内完成), 患者无意识、无呼吸或呼吸微弱   | 2  |    |    |    |
|                | 4. 检查颈动脉搏动 (5-10 秒完成), 判断患者无颈动脉搏动;  | 2  |    |    |    |
|                | 5. 确认患者青霉素过敏性休克致心脏骤停  | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 急性循环障碍 与青霉素过敏、心脏收缩功能障碍有关。  | 2  |    |    |    |
|                | 2. 组织灌注量不足 与青霉素过敏、急性循环功能障碍有关。   | 2  |    |    |    |
|                | 3. 气体交换受损 与喉头水肿、支气管痉挛、微循环障碍、缺氧和呼吸形态改变有关。  | 3  |    |    |    |
|                | 4. 潜在并发症: 吸入性肺炎、MODS、感染、胸骨骨折、肋骨骨折等。   | 3  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 患者复苏成功, 恢复有效循环;  | 2  |    |    |    |
|                | 2. 患者心脏功能恢复, 组织灌注良好, 末梢循环恢复好;   | 2  |    |    |    |
|                | 3. 患者呼吸功能恢复, 气道通畅, 呼吸平稳;  | 3  |    |    |    |
|                | 4. 患者无并发症发生, 或发生并发症能及时发现和处理。  | 3  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 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)。   | 7  |    |    |    |
|                | 2. 徒手心肺复苏只是临床性的抢救措施, 应争分夺秒争取更高生命支持措施: 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。            | 7  |    |    |    |
|                | 3. 药物治疗: 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抗过敏性休克抢救药物, 必要时, 遵医嘱使用血管活性药物, 改善组织灌注, 积极纠正水、电解质和酸碱平衡失调, 密切观察药物的治疗效果。 | 4  |    |    |    |
|                | 4. 持续心电监护, 严密监测呼吸、意识、瞳孔、心率、血压、体温的变化, 加强对患者病情的观察, 动态评估患者病情的变化, 如出现异常情况应及时报告医生, 配合对其进行应急处理。                         | 3  |    |    |    |
|                | 5. 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  |    |    |    |
|                | 6. 严密监测尿量变化, 心肺复苏后, 应严格记录 24 小时出入量。   | 3  |    |    |    |
|                | 7. 加强外伤伤口换药, 保持局部敷料清洁干燥, 密切观察伤口情况, 加强体温监测, 预防伤口感染发生。  | 3  |    |    |    |
|                | 8. 加强基础护理, 保障患者安全, 防止坠床、压疮等发生, 预防意外损伤。  | 3  |    |    |    |



| 考核内容            | 考核点及评分要求   | 分值                          | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|--|-----------------------------|----|----|----|
|                 | 9. 积极有效的沟通, 及时详细向患者、家属讲解患者的病情以及风险情况, 降低疑惑, 使其能够积极配合医护人员的治疗。                        | 2                           |    |    |    |
|                 | 10. 安抚患者, 保持患者情绪稳定, 使患者配合治疗; 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。                       | 2                           |    |    |    |
|                 | 11. 健康指导: 病情稳定后及时给予预防过敏性休克相关知识指导, 避免再次接触或使用青霉素类药物; 讲解意外损伤后的初步处理和自救知识; 指导患者康复期加强营养。 | 3                           |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 患者复苏是否成功, 是否恢复有效循环;   | 2                           |    |    |    |
|                 | 2. 患者心脏功能是否恢复, 组织灌注、末梢循环是否恢复;  | 3                           |    |    |    |
|                 | 3. 患者呼吸功能是否恢复;   | 3                           |    |    |    |
|                 | 4. 患者是否无并发症发生, 或发生并发症能及时发现和处理。   | 2                           |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>  | 1. 具有严谨的工作态度, 案例内容要素完整。     | 5  |    |    |
|                 |  | 2. 评估程序规范, 熟练               | 5  |    |    |
|                 | 素养<br><10分>  | 2. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通。 | 5  |    |    |
|                 |  | 3. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育。     | 5  |    |    |
| 总分              |  | 100                         |    |    |    |

## 任务2: 皮内注射评分细则

表3 皮内注射考核评分标准

| 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<br><20分> | 病人<br><9分>   | 1. 核对医嘱、注射卡                                  | 2  |    |    |
|                |  | 2. 评估病人全身情况: 年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等         | 3  |    |    |
|                |  | 3. 评估病人局部情况, 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. 评估病人心理状况, 解释并取得合作                         | 2  |    |    |
|                | 环境<br><2分>   | 符合配药和注射要求, 抢救设施到位                            | 2  |    |    |
|                | 操作者<br><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<br><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; 按操作先后顺序放置 | 5  |    |    |    |
| 备药<br><12分>    | 1. 认真执行三查八对  | 2  |    |    |    |
|                | 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                            | 4  |    |    |    |
|                | 4. 标明过敏药物皮试液, 请他人核对                                  | 2  |    |    |    |

| 考核内容         |                                   | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
| 实施<br><60分>  | 注射<br><38分>                       | 5. 医用垃圾初步处理正确                  | 2   |    |    |    |
|              |                                   | 1. 病人信息核对到位, 解释规范              | 2   |    |    |    |
|              |                                   | 2. 病人体位准备与病情相符, 尊重个人意愿         | 3   |    |    |    |
|              |                                   | 3. 注射部位选择正确                    | 6   |    |    |    |
|              |                                   | 4. 皮肤消毒液的选择及消毒方法正确, 直径大于 5cm   | 4   |    |    |    |
|              |                                   | 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, 病人理解             | 4   |    |    |    |
|              | 11. 医用垃圾初步处理正确                    | 2                              |     |    |    |    |
| 观察<br><4分>   | 巡视病房, 听取病人主诉, 了解皮丘情况, 及时发现并处理不适反应 | 4                              |     |    |    |    |
| 结果判断<br><6分> | 皮试结果判断准确, 告知病人并及时记录               | 6                              |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>  | 技能<br><10分>                       | 1. 操作规范, 动作熟练、轻柔               | 5   |    |    |    |
|              |                                   | 2. 在规定时间内完成(每超过一分钟扣1分, 扣满5分为止) | 5   |    |    |    |
|              | 素养<br><10分>                       | 1. 病人安全、满意                     | 2   |    |    |    |
|              |                                   | 2. 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适     | 4   |    |    |    |
|              | 3. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人               | 4                              |     |    |    |    |
| 总分           |                                   |                                | 100 |    |    |    |

### 任务 3: 心肺复苏评分细则

表 4 心肺复苏评分标准

| 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<br><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1分, 最多扣2分);逐一用物进行检查, 质量符合要求;按操作先后顺序放置 | 5  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 胸外心脏按压<br><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,                      | 5  |    |    |    |

| 考核内容                      |                  | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|---------------------------|------------------|--|-----|----|----|----|
|                           |                  | 上半身前倾，两臂伸直，垂直向下用力  |     |    |    |    |
|                           |                  | 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<br><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   |    |    |    |
|                           | 人工呼吸<br><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<br><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<br><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. 平均动脉血压大于 60mmHg（口述）                                       | 1   |    |    |    |
|                           |                  | 5. 面色、口唇、甲床和皮肤色泽转红   | 1   |    |    |    |
|                           | 复苏后处理<br><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  |     |    |    |    |
| 评价<br><20 分>              | 技能<br><10 分>     | 1. 复苏有效  | 2   |    |    |    |
|                           |                  | 2. 急救意识强，动作迅速，操作规范   | 3   |    |    |    |
|                           |                  | 3. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣 1 分，扣满 5 分为止）                            | 5   |    |    |    |
|                           | 素养<br><10 分>     | 1. 态度严谨，突发事件处理合适   | 5   |    |    |    |
|                           |                  | 2. 沟通有效，解释合理   | 5   |    |    |    |
| 总分                        |                  |  | 100 |    |    |    |

### 3. 试题编号：2-3-3 糖尿病病人的护理

#### (1) 任务描述

病人冯某某，男，77 岁，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 8 年，查随机血糖 22.7mmol/L。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: 请你对常某进行护理评估, 并提出主要的护理问题, 从病情观察、协助治疗、心理护理、人文沟通及教育等方面针对首优护理问题提出有针对性的护理措施, 并评估护理措施的有效性。

任务 2: 请遵医嘱为冯某进行血糖测定。

任务 3: 请遵医嘱为冯某进行皮下注射胰岛素。

## (2) 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(学校随机指定); (3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒; (4) 屏风; (5) 皮下注射模型   |                   |
| 用物   | 快速血糖测定: (1) 75%酒精; (2) 手消毒剂; (3) 无菌盘; (4) 弯盘 (5) 无菌棉签; (6) 血糖仪; (7) 采血笔及针头; (8) 配套试纸 (9) 治疗单 (10) 病历本及护理记录单(按需准备)<br>胰岛素笔的使用: (1) 胰岛素笔; (2) 胰岛素针头; (3) 75%酒精; (4) 无菌棉签; (5) 手消毒剂; (6) 无菌盘; (7) 病历本及护理记录单(按需准备); (8) 弯盘; (9) 注射卡和笔; | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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   |                   |

## (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

任务 2: 快速血糖测定: 15 分钟(其中用物准备 5 分钟, 操作 10 分钟)。

任务 3: 胰岛素笔的使用: 25 分钟(其中用物准备 5 分钟, 操作 20 分钟)。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 快速血糖测定   | 100 | 30% |
| 3  | 胰岛素注射    | 100 | 30% |

## 2) 评分细则

### 任务1: 案例评估与分析评分细则

表2 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 |
|-----------------|---|----------------------------|-----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   | 1. 询问病人糖尿病家族史, 个人生活方式、饮食习惯及吸烟、饮酒史   |                            | 5   |    |    |    |
|                 | 2. 有无病毒感染等病史  |                            | 5   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   | 1. 营养失调 低于机体的需要量 与胰岛素分泌有关   |                            | 4   |    |    |    |
|                 | 2. 有感染的危险 与高血糖、营养不良、微循环障碍等有关  |                            | 3   |    |    |    |
|                 | 3. 潜在并发症: 感染、糖尿病足、皮肤破损  |                            | 3   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   | 1. 体重恢复正常, 血糖、血脂正常或维持正常水平   |                            | 4   |    |    |    |
|                 | 2. 未发生感染, 如果发生感染能够被及时发现并处理  |                            | 3   |    |    |    |
|                 | 3. 未出现并发症, 或者并发症能及时发现并处理  |                            | 3   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   | 1. 病情观察: 监测血糖、血脂、血压、体重、低血糖的反应和监控急性并发症   |                            | 10  |    |    |    |
|                 | 2. 用药护理: 指导病人按时按量规则用药及使用胰岛素, 并观察用药的疗效及不良反应  |                            | 10  |    |    |    |
|                 | 3. 生活护理: 适当增加休息时间, 活动时以不疲劳为度。饮食原则控制总热量, 定时、定量进餐, 合理加餐, 严格控制各种甜食, 多食含纤维素高的清淡食物, 避免饮酒 |                            | 10  |    |    |    |
|                 | 4. 心理护理: 简要解释疾病过程, 减轻病人的心理负担, 缓解焦虑心情  |                            | 10  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 体重是否恢复正常, 血糖、血脂是否正常或维持正常水平   |                            | 4   |    |    |    |
|                 | 2. 是否发生感染, 如果发生感染是否被及时发现并处理   |                            | 3   |    |    |    |
|                 | 3. 是否出现并发症, 或者并发症是否能及时发现并处理   |                            | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>   | 1 案例内容要素完整                 | 5   |    |    |    |
|                 |   | 2. 评估程序规范, 熟练              | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分>   | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通 | 5   |    |    |    |
|                 |   | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育     | 5   |    |    |    |
| 总分              |   |                            | 100 |    |    |    |

### 任务2: 快速血糖测定评分细则

表3 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 |
|----------------|-------------|---------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><10分> | 1. 核对医嘱, 转抄   | 2  |    |    |    |
|                |             | 2. 核对病人信息     | 2  |    |    |    |
|                |             | 3. 向病人解释并取得合作 | 2  |    |    |    |

| 考核内容        |                | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|----------------|--|-----|----|----|----|
|             |                | 4. 评估病人全身情况、进食情况                                     | 2   |    |    |    |
|             |                | 5. 采血部位选择恰当, 符合病人意愿, 评估采血部位皮肤情况                      | 2   |    |    |    |
|             | 环境<br><2分>     | 环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜                                   | 2   |    |    |    |
|             | 操作者<br><3分>    | 操作者衣帽整齐, 洗手, 戴口罩                                     | 3   |    |    |    |
|             | 用物<br><5分>     | 用物准备齐全(每少一样扣1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   |    |    |    |
| 实施<br><60分> | 采血<br><40分>    | 1. 再次核对病人信息  | 3   |    |    |    |
|             |                | 2. 做好解释, 安慰病人, 交代注意事项                                | 2   |    |    |    |
|             |                | 3. 开机, 检查血糖仪性能是否良好, 确认血糖仪条码与试纸条码一致, 将试纸插入机内          | 5   |    |    |    |
|             |                | 4. 正确选择采血部位, 75%乙醇消毒皮肤, 待干                           | 5   |    |    |    |
|             |                | 5. 正确安装采血针头, 调节合适档位深度                                | 4   |    |    |    |
|             |                | 6. 快速采血, 减轻病人痛苦                                      | 5   |    |    |    |
|             |                | 7. 用干棉签拭去第一滴血, 将第2滴血垂直轻触试纸测试区                        | 8   |    |    |    |
|             |                | 8. 读取血糖值   | 6   |    |    |    |
|             |                | 9. 取出试纸, 关闭仪器  | 2   |    |    |    |
|             | 操作后处理<br><20分> | 1. 协助取舒适体位, 整理床单位                                    | 2   |    |    |    |
|             |                | 2. 洗手, 脱口罩, 记录                                       | 5   |    |    |    |
|             |                | 3. 报告并解释检查结果   | 4   |    |    |    |
|             |                | 4. 询问病人的感受, 并健康指导给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导                 | 4   |    |    |    |
|             |                | 5. 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                     | 5   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分>    | 1. 操作规范, 动作熟练、轻柔                                     | 5   |    |    |    |
|             |                | 2. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止                       | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分>    | 1. 病人安全、满意   | 3   |    |    |    |
|             |                | 2. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人                                  | 3   |    |    |    |
|             |                | 3. 沟通有效, 配合良好, 健康教育内容和方式合适                           | 4   |    |    |    |
| 总分          |                |  | 100 |    |    |    |

### 任务3: 胰岛素笔的使用评分细则

表 4 胰岛素笔的使用评分标准

| 考核内容           |  | 考核点及评分要求  | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|--|---|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><10分>  | 1. 核对医嘱，转抄  | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 评估病人信息、全身情况、意识状态等，解释并取得合作  | 4  |    |    |    |
|                |  | 3. 选择合适注射部位，首选腹部（脐周 5cm 以外），其次选大腿外侧、臀部、上臂外侧；评估病人局部情况，无红肿、硬结、瘢痕等情况                           | 4  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>   | 环境符合操作要求  | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><3分>  | 着装整齐，洗手，戴口罩   | 3  |    |    |    |
| 用物<br><5分>     | 用物准备齐全（每少一样扣 1 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   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 胰岛素注射<br><45分>                                       | 1. 再次核对患者信息   | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 告知在注射过程中需要配合的注意事项  | 2  |    |    |    |
|                |  | 3. 协助病人取舒适体位  | 1  |    |    |    |
|                |  | 4. 核对医嘱   | 2  |    |    |    |
|                |  | 5. 按注射执行单取胰岛素笔(检查有效期、剂型、质量、剂量是否充足)，检查胰岛素注射针头包装完整及有效期  | 3  |    |    |    |
|                |  | 6. 安装胰岛素笔芯  | 2  |    |    |    |
|                |  | 7. 如为中效和预混胰岛素，将胰岛素笔在手掌间水平滚搓 10 次，在上下摇动 10 次，直至胰岛素药液呈均匀白色雾状                                  | 2  |    |    |    |
|                |  | 8. 消毒胰岛素笔芯前端，撕去胰岛素针头保护片，顺时针旋转安装针头，摘下针头保护帽   | 3  |    |    |    |
|                |  | 9. 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 | 5  |    |    |    |
|                |  | 10. 调至需要注射的剂量   | 3  |    |    |    |
|                |  | 11. 再次检查注射部位皮肤有无疤痕、硬结、感染  | 2  |    |    |    |
|                |  | 12. 消毒，待干   | 3  |    |    |    |
|                |  | 13. 再次查对床号、姓名、胰岛素剂量、剂型、注射途径   | 5  |    |    |    |
|                |  | 14. 根据情况捏皮或不捏皮进行皮下注射  | 2  |    |    |    |
|                |  | 15. 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 10s 以上，继续按住推键 直至针头完全拔出                                     | 4  |    |    |    |
|                |  | 16. 用无菌干棉签按压注射点，不宜揉或挤压穿刺点，如无出血及溢液可不按压   | 2  |    |    |    |

| 考核内容         |             | 考核点及评分要求                           | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------|-------------|------------------------------------|-----|----|----|----|
| 操作后<br><15分> |             | 17. 再次核对，在治疗卡上签名                   | 2   |    |    |    |
|              |             | 1. 协助取舒适体位，整理床单位                   | 2   |    |    |    |
|              |             | 2. 评估胰岛素的剩余量，量不足下次使用时及时准备，正确存放胰岛素笔 | 3   |    |    |    |
|              |             | 3. 交待进餐时间及注意事项                     | 2   |    |    |    |
|              |             | 4. 询问病人的感受，并健康指导                   | 3   |    |    |    |
|              |             | 5. 洗手，脱口罩，记录                       | 3   |    |    |    |
|              |             | 6. 处理针头，分类处理用物                     | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>  | 技能<br><10分> | 1. 操作规范，动作熟练、轻柔                    | 5   |    |    |    |
|              |             | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满五分钟为止      | 5   |    |    |    |
|              | 素养<br><10分> | 1. 病人安全、满意                         | 3   |    |    |    |
|              |             | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人                  | 3   |    |    |    |
|              |             | 3. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适           | 4   |    |    |    |
| 总分           |             |                                    | 100 |    |    |    |

#### 4. 试题编号：2-3-4 腹外疝病人的护理

##### (1) 任务描述

张某某，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肌内注射。

任务1：请对张某进行护理评估，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：请为张某执行术前医嘱：阿托品0.5mg肌内注射。



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。

## (2) 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) 屏风或布帘；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶   |                   |
| 用物   | <p>肌内注射用物：(1) 无菌持物钳/镊及持物钳/镊筒；(2) 敷料缸（内备无菌纱布数块）；(3) 无菌盘；(4) 砂轮；(5) 药物（遵医嘱）；(6) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(7) 弯盘；(8) 注射卡和笔；(9) 无菌棉签；(10) 手消毒剂；(11) 皮肤消毒液；(12) 必要时配抢救盒；(13) 病历本及护理记录单（按需准备）</p> <p>外科洗手：(1) 无菌持物钳/镊及持物钳/镊筒；(2) 敷料缸（内备无菌纱布数块）；(3) 无菌盘；(4) 砂轮；(5) 药物（遵医嘱）；(6) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(7) 弯盘；(8) 注射卡和笔；(9) 无菌棉签；(10) 手消毒剂；(11) 皮肤消毒液；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）；(13) 洗手液；(14) 外科手消毒剂；(15) 干手纸/毛巾；(16) 收纳筐；(17) 计时装置；(18) 无菌手术衣；(19) 无菌手套；(20) 无菌持物钳</p> | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。   |                   |

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：肌内注射：25 分钟（其中用物准备 8 分钟，操作 17 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：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求          | 分值  | 权重  |
|----|-------------------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析           | 100 | 40% |
| 2  | 肌内注射              | 100 | 30% |
| 3  | 外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套 | 100 | 30% |

### 2) 评分细则

## 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   |             | 1. 评估患者发病原因: 年龄、职业及是否长期负重或重体力劳动, 平时身体体质状况等  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 有无腹内压增高因素存在: 如慢性咳嗽、便秘, 排尿困难等; 评估有无腹痛、腹胀、恶心呕吐等症状; 评估紧张焦虑的原因, 了解顾虑所在                             | 5   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   |             | 1. 舒适的改变: 下腹坠胀 与右侧腹股沟疝突出有关  | 4   |    |    |    |
|                 |             | 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   |    |    |    |
|                 |             | 3. 焦虑 与疝块突出不适、担心手术及治疗效果有关   | 3   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 患者病情稳定, 腹部坠胀感减轻或消失   | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患者能表述预防腹内压力升高、术前配合的相关知识  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 患者焦虑减轻, 情绪稳定, 积极配合术前准备   | 3   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 休息与活动: 建议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  | 10  |    |    |    |
|                 |             | 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           | 10  |    |    |    |
|                 |             | 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 | 10  |    |    |    |
|                 |             | 4. 心理护理: 积极沟通, 了解患者顾虑, 向患者解释造成腹外疝的原因和诱发因素、讲述手术治疗的必要性和配合要点, 减轻心理负担, 帮助缓解焦虑情绪                       | 10  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 患者舒适感是否增加, 腹部坠胀有无减轻  | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患者能否正确表述预防腹内压力升高、术前配合等相关知识   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 患者情绪是否逐渐稳定, 能否积极配合治疗   | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务2: 肌内注射

表 3 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 |
|----------------|------------|--------------------------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><9分> | 1. 核对医嘱、注射卡                          | 2  |    |    |    |
|                |            | 2. 评估病人全身情况: 年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等 | 3  |    |    |    |

| 考核内容               |   | 考核点及评分要求                                  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------------|---|---|-----|----|----|----|
|                    |   | 3. 评估病人局部情况，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. 评估病人心理状况，解释并取得合作                       | 2   |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 环境符合注射要求，保护隐私                             | 2   |    |    |    |
|                    | 操作者<br><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<br><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；按操作先后顺序放置 | 5   |     |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 备药<br><12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                               | 2   |    |    |    |
|                    |   | 5. 医用垃圾初步处理正确                             | 2   |    |    |    |
|                    | 注射<br><38分>                                       | 1. 带用物至病人床旁，核对床号、姓名，并解释                   | 2   |    |    |    |
|                    |   | 2. 协助病人取合适体位                              | 2   |    |    |    |
|                    |   | 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. 注射前查对，排尽空气，备干棉签                        | 2   |    |    |    |
|                    |   | 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  | 12  |    |    |    |
|                    |   | 7. 缓慢推药并口述，询问病人感受                         | 2   |    |    |    |
|                    |   | 8. 注射完毕快速拔针并按压                            | 2   |    |    |    |
|                    |   | 9. 及时处理注射器和针头                             | 2   |    |    |    |
|                    |   | 10. 再次核对、记录                               | 2   |    |    |    |
|                    |   | 11. 及时消毒双手，取下口罩                           | 2   |    |    |    |
| 注射后<br>处理<br><10分> | 1. 整理床单位，帮助病人取舒适体位                                | 2   |     |    |    |    |
|                    | 2. 健康指导内容、方式合适                                    | 4   |     |    |    |    |
|                    | 3. 医用垃圾初步处理正确                                     | 2   |     |    |    |    |
|                    | 4. 巡视病房，听取病人主诉，及时发现并处理用药后反应                       | 2   |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>        | 技能<br><10分>                                       | 1. 遵守原则和规范，无菌观念强，做到“五个准确”                 | 3   |    |    |    |
|                    |   | 2. 动作轻柔，运用无痛注射技术                          | 2   |    |    |    |
|                    |   | 3. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）             | 5   |    |    |    |
|                    | 素养<br><10分>                                       | 1. 护患沟通良好，健康指导有效                          | 5   |    |    |    |
|                    |   | 2. 仪表举止端庄，关爱病人                            | 5   |    |    |    |
| 总分                 |   |   | 100 |    |    |    |

### 任务3：外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套评分细则

表4 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 |
|------------------------|-----------------------|--|--|-----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分>         | 环境<br><5分>            | 环境清洁，地面干燥，符合无菌操作要求                             |  | 5   |    |    |    |
|                        | 操作者<br><7分>           | 洗手衣裤整洁，着装符合无菌操作要求，指甲平齐、无垢                      |  | 7   |    |    |    |
|                        | 用物<br><8分>            | 用物准备齐全，放置合理（每少一样扣1分，最多扣4分）                     |  | 8   |    |    |    |
| 操作过程<br><60分>          | 外科洗手<br><30分>         | 1. 初步洗手<br><10分>                               | ①流动水下淋湿双手、手臂   | 2   |    |    |    |
|                        |                       |  | ②取适量洗手液均匀涂抹  | 2   |    |    |    |
|                        |                       |  | ③揉搓双手：按六步洗手法   | 3   |    |    |    |
|                        |                       |  | ④揉搓手臂，时间至少15s，范围至上臂下1/3（肘上10cm）                                  | 3   |    |    |    |
|                        |                       | 2. 冲洗、干手<br><8分>                               | ①正确冲净，应始终保持手朝上、肘朝下的姿势  | 4   |    |    |    |
|                        |                       |  | ②干手：使用干手毛巾或纸巾擦干  | 4   |    |    |    |
|                        |                       | 3. 外科手消毒<br><12分>                              | ①取适量外科手消毒剂于一手掌心，另一手指尖于该手掌心内擦洗，将剩余的手消毒剂分段涂抹至另一手前臂及上臂下1/3处（肘上10cm） | 3   |    |    |    |
|                        |                       |  | ②取适量外科手消毒剂于另一手掌心，同法用于对侧  | 3   |    |    |    |
|                        |                       |  | ③消毒双手：取适量外科手消毒剂按七步洗手法揉搓双手至手腕部                                    | 4   |    |    |    |
|                        |                       |  | ④涂抹部位无遗漏   | 2   |    |    |    |
|                        | 穿无菌手术衣、戴无菌手套<br><30分> | 1. 拿取无菌手术衣                                     |  | 4   |    |    |    |
|                        |                       | 2. 提领，抖开                                       |  | 4   |    |    |    |
|                        |                       | 3. 向上轻掷，伸入衣袖，向前平行伸展                            |  | 5   |    |    |    |
|                        |                       | 4. 协助穿衣  |  | 2   |    |    |    |
|                        |                       | 戴无菌手套<br>(无接触式)                                | 戴左手手套  | 5   |    |    |    |
|                        |                       |  | 戴右手手套  | 5   |    |    |    |
| 6. 系腰带，遮盖背部            |                       | 2  |  |     |    |    |    |
| 7. 未操作时，双手置于胸前或插入胸前口袋中 |                       | 3  |  |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>            | 技能<br><10分>           | 1. 操作规范，流程熟练                                   |  | 5   |    |    |    |
|                        |                       | 2. 外科洗手方法正确，穿无菌手术衣、戴无菌手套未污染，在规定时间内完成（每超1分钟扣1分） |  | 5   |    |    |    |
|                        | 素养<br><10分>           | 1. 具有团队合作意识                                    |  | 5   |    |    |    |
|                        |                       | 2. 无菌观念强                                       |  | 5   |    |    |    |
| 总分                     |                       |  |  | 100 |    |    |    |

### 5. 试题编号：2-3-5 颅脑外伤病人的护理

### (1) 任务描述

谭某某，男，25岁。因车祸致颅脑外伤入院，查体：T36.4℃，P96次/min，R22次/min，BP130/85mmHg，GCS评分5分，右侧瞳孔6mm，左侧瞳孔3mm。CT示右额颞顶枕部硬膜下血肿。诊断：硬膜下血肿。行颅内血肿清除术和气管切开术后，麻醉尚未清醒，听诊喉中可闻及痰鸣音，气切纱布有渗湿。

医嘱：1.吸痰，prn。

2.气管切开护理，qd。

任务1：请对谭某进行护理评估，并提出主要的护理问题，从病情观察、协助治疗、心理护理、人文沟通及教育等方面针对首优护理问题提出有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：请对谭某进行电动吸引器吸痰。

任务3：请对谭某进行气管切开护理。

### (2) 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  |                   |
| 用物   | 吸痰操作物：(1) 电动吸引器；(2) 电插板；(3) 盛有消毒液的消毒瓶；(4) 一次性吸痰管；(5) 无菌盘内置无菌血管钳数把、无菌纱布；(6) 敷料缸内盛无菌生理盐水；(7) 无菌手套；(8) 手电筒；(9) 听诊器；(10) 治疗巾；(11) 弯盘；(12) 笔；(13) 记录单；(14) 病历本及护理记录单（按需准备） | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

### (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：电动吸引器吸痰：25分钟（其中用物准备7分钟，操作18分钟）。

任务 3: 气管切开护理: 25 分钟 (其中用物准备 7 分钟, 操作 18 分钟)。

#### (4) 评分标准

##### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 电动吸引器吸痰  | 100 | 30% |
| 3  | 气管切开护理   | 100 | 30% |

##### 2) 评分细则

##### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|------------------|--|----------------------------|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分>   | 1. 检查患者瞳孔大小、对光反射? 意识情况?                                  | 5                          |    |    |    |
|                  | 2. 生命体征的变化? 气切处敷料情况?                                     | 5                          |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分>   | 1. 潜在并发症: 脑疝   | 4                          |    |    |    |
|                  | 2. 意识障碍  | 3                          |    |    |    |
|                  | 3. 自理能力缺陷  | 3                          |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分>   | 1. 患者未出现并发症或并发症得到及时发现和处理                                 | 4                          |    |    |    |
|                  | 2. 患者的意识障碍程度有所减轻   | 3                          |    |    |    |
|                  | 3. 患者生活需要得到满足  | 3                          |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分>   | 1. 严密监测患者意识、瞳孔、生命体征的变化, 定时进行 GCS 评分, 并及时做好记录             | 10                         |    |    |    |
|                  | 2. 吸氧, 保持患者呼吸道通畅, 及时清理口腔、鼻腔分泌物及呕吐物, 抬高患者头部 15-30°, 头偏向一侧 | 10                         |    |    |    |
|                  | 3. 遵医嘱给与脱水, 降颅压药物治疗, 快速静滴甘露醇, 密切观察药物的作用及不良反应             | 10                         |    |    |    |
|                  | 4. 护理操作时动作轻柔, 尽量减少头部振动                                   | 10                         |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10 分> | 1. 患者未出现脑疝   | 4                          |    |    |    |
|                  | 2. 患者痰鸣音消失, 痰液得到及时清理, 血氧饱和度正常                            | 3                          |    |    |    |
|                  | 3. 患者意识障碍程度有所缓解  | 3                          |    |    |    |
| 评价<br><20 分>     | 技能<br><10 分>   | 1 案例内容要素完整                 | 5  |    |    |
|                  |  | 2. 评估程序规范, 熟练              | 5  |    |    |
|                  | 素养<br><10 分>   | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通 | 5  |    |    |
|                  |  | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育     | 5  |    |    |
| 总分               |  | 100                        |    |    |    |

##### 任务 2: 电动吸引器吸痰评分细则

表3 电动吸引器吸痰考核评分标准

| 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<br><20分> | 病人<br><10分>   | 1. 核对医嘱   | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 评估全身情况：年龄、病情、意识状态、生命体征                                   | 3  |    |    |    |
|                |   | 3. 评估局部情况：呼吸困难、发绀的程度，肺部呼吸音，口腔咽部黏膜情况，有无活动性义齿                 | 2  |    |    |    |
|                |   | 4. 评估病人心理状况，解释并取得合作   | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 清洁、安静、明亮、温湿度适宜  | 3  |    |    |    |
| 操作者<br><3分>    | 1. 消毒双手、戴口罩   | 2   |    |    |    |    |
|                | 2. 着装整齐，端庄大方  | 1   |    |    |    |    |
| 用物<br><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，符合操作原则    | 5   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 吸痰<br><50分>   | 1. 带用物至病人床旁，核对床号、姓名、手腕带，并解释。                                | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 消毒液挂瓶挂于床头，连接负压瓶与橡胶管，接通电源，打开开关，检查是否通畅和有无漏气。               | 4  |    |    |    |
|                |   | 3. 正确调节负压（成人40~53.3kPa，小儿13.3~40kPa、新生儿<13.3kPa）            | 4  |    |    |    |
|                |   | 4. 协助病人头偏向护士，头略后仰   | 2  |    |    |    |
|                |   | 5. 消毒双手，戴口罩。颌下铺巾、放置弯盘                                       | 2  |    |    |    |
|                |   | 6. 打开无菌盘，打开吸痰管包装，戴手套，取吸痰管，衔接，打开电动吸引器开关，试吸无菌生理盐水，湿润及检查导管是否通畅 | 4  |    |    |    |
|                |   | 7. 一手反折吸痰管末端，另一手用无菌血管钳（镊）或者用戴手套的手持吸痰管前端经鼻腔插入20~25cm至气管      | 2  |    |    |    |
|                |   | 8. 放松吸痰管末端，将吸痰管左右旋转，向上提拉（依次吸净气道内、咽喉、鼻腔的痰液，同一部位一次吸痰时间不超过15秒） | 3  |    |    |    |
|                |   | 9. 注意观察患者面色、呼吸，观察吸出物的颜色、性状和量                                | 3  |    |    |    |
|                |   | 10. 吸痰完毕，抽吸生理盐水冲净管道内痰液，关闭电动吸引器，将连接导管末端插入消毒液挂瓶内。             | 4  |    |    |    |
|                |   | 11. 取纱布擦净病人口鼻，撤去治疗巾、弯盘，脱下手套，检查鼻腔黏膜情况                        | 5  |    |    |    |
|                |   | 12. 听诊呼吸音，判断吸痰效果  | 4  |    |    |    |
|                |   | 13. 消毒双手，取下口罩，记录  | 2  |    |    |    |
|                |   | 14. 协助病人取舒适卧位，整理床单位   | 2  |    |    |    |
|                | 15. 关闭电源开关、清理用物，储液瓶及时倾倒（液体不得超过容积的2/3），清洁消毒备用，吸痰用物每日更换 | 3   |    |    |    |    |
| 健康指导           | 做好有效咳嗽、叩击拍背等畅通呼吸道的健康指导                                | 10  |    |    |    |    |
| 评价<br><20分>    | 技能<br><10分>   | 1. 遵守无菌原则，无菌观念强   | 3  |    |    |    |
|                |   | 2. 操作规范，动作轻柔  | 2  |    |    |    |
|                |   | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分                                  | 5  |    |    |    |

| 考核内容        | 考核点及评分要求          | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------------|-----|----|----|----|
|             | 为止                |     |    |    |    |
| 素养<br><10分> | 1. 仪表举止大方得体, 关爱病人 | 5   |    |    |    |
|             | 2. 护患沟通良好, 健康指导有效 | 5   |    |    |    |
| 总分          |                   | 100 |    |    |    |

### 任务 3: 气管切开护理评分细则

表 4 气管切开护理考核评分标准

| 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<br><20分> | 病人<br><8分>             | 1. 核对医嘱、治疗卡、病人个人信息  | 2  |    |    |  |
|                |                        | 2. 全身情况: 病情、意识、生命体征、血氧饱和度                                 | 2  |    |    |  |
|                |                        | 3. 局部情况: 呼吸困难、发绀的程度, 肺部呼吸音, 气管套管固定情况, 伤口情况                | 2  |    |    |  |
|                |                        | 4. 心理状况、合作程度、健康知识   | 2  |    |    |  |
|                | 环境<br><2分>             | 清洁、宽敞、明亮, 温湿度适宜, 符合无菌技术操作要求                               | 2  |    |    |  |
|                | 操作者<br><2分>            | 1. 着装整洁, 端庄大方   | 1  |    |    |  |
|                |                        | 2. 消毒双手、戴口罩   | 1  |    |    |  |
|                | 用物<br><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, 符合操作原则 | 5  |    |    |  |
| 便携式吸痰器<br><3分> | 检查便携式吸痰器性能; 干燥无菌空瓶备于床头 | 3   |    |    |    |  |
| 实施<br><60分>    | 吸痰<br><30分>            | 1. 带用物至病人床旁, 核对床号、姓名; 并向病人和家属做好解释                         | 2  |    |    |  |
|                |                        | 2. 给病人高流量吸氧3-5分钟(口述)                                      | 1  |    |    |  |
|                |                        | 3. 协助病人头偏向护士, 去枕仰卧位                                       | 2  |    |    |  |
|                |                        | 4. 打开吸痰器开关, 正确调节负压(成人40~53.3kPa, 小儿33~40kPa、新生儿<13.3kPa)  | 3  |    |    |  |
|                |                        | 5. 消毒双手、戴口罩   | 2  |    |    |  |
|                |                        | 6. 打开一次性吸痰包, 取治疗巾铺于颌下, 放弯盘                                | 2  |    |    |  |
|                |                        | 7. 检查、倾倒无菌生理盐水至治疗碗内                                       | 2  |    |    |  |
|                |                        | 8. 戴好一次性手套, 取出吸痰管与连接导管相连                                  | 2  |    |    |  |
|                |                        | 9. 打开吸痰器开关, 用无菌生理盐水试吸, 湿润及检查导管是否通畅                        | 2  |    |    |  |
|                |                        | 10. 反折吸痰管, 将吸痰管插入气管套管内                                    | 2  |    |    |  |
|                |                        | 11. 将吸痰管左右旋转, 向上提拉, 吸净气道内的痰液(一次吸痰时间不超过15秒)                | 4  |    |    |  |
|                |                        | 12. 将吸痰管与连接管断开, 抽吸生理盐水, 冲洗连                               | 4  |    |    |  |



| 考核内容                            | 考核点及评分要求  | 分值   | 扣分                   | 得分 | 备注 |  |
|---------------------------------|---|--|----------------------|----|----|--|
|                                 | 接管, 关闭吸引器, 将连接管放置妥当, 撤去吸痰用物, 消毒双手                           |  |                      |    |    |  |
|                                 | 13. 吸痰过程中密切观察病人面色、生命体征和血氧饱和度, 判断吸痰效果。吸痰后给予病人高流量吸氧3~5分钟 (口述) | 2  |                      |    |    |  |
|                                 | 更换敷料<br><20分>   | 1. 打开换药无菌盘, 戴无菌手套                              | 2                    |    |    |  |
|                                 |   | 2. 取下开口纱布                                      | 2                    |    |    |  |
|                                 |   | 3. 用络合碘棉球依次 (从上到下、从内到外) 消毒切口周围皮肤及托盘2次 (直径>8cm) | 10                   |    |    |  |
|                                 |   | 5. 取开口无菌纱布衬于套管和皮肤中间                            | 2                    |    |    |  |
|                                 |   | 6. 套管口覆盖湿润纱布并固定                                | 2                    |    |    |  |
|                                 |   | 7. 检查气管套管的固定带松紧度, 撤去换药用物, 脱手套, 听诊肺部呼吸音, 判断吸痰效果 | 2                    |    |    |  |
|                                 | 整理记录<br><5分>  | 1. 协助病人取舒适卧位, 整理床单位                            | 2                    |    |    |  |
|                                 |   | 2. 按要求分类处理用物                                   | 1                    |    |    |  |
|                                 |   | 3. 消毒双手, 取下口罩, 记录                              | 2                    |    |    |  |
|                                 | 健康指导<br><5分>  | 做好有效咳嗽排痰、叩击拍背、防止气管套管脱落的健康指导                    | 5                    |    |    |  |
|                                 | 评价<br><20分>   | 技能<br><10分>                                    | 1. 遵守无菌技术操作原则, 无菌观念强 | 3  |    |  |
| 2. 操作规范, 动作轻柔                   |   |  | 2                    |    |    |  |
| 3. 在规定时间内完成 (每超过一分钟扣1分, 扣满5分为止) |   |  | 5                    |    |    |  |
| 素养<br><10分>                     |   | 1. 仪表端庄, 关爱病人                                  | 5                    |    |    |  |
|                                 | 2. 护患沟通良好, 健康指导有效)  | 5  |                      |    |    |  |
| 总分                              |   | 100  |                      |    |    |  |

## 6. 试题编号: 2-3-6 上消化道大出血休克病人的护理

### (1) 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/min, Bp 75/50mmHg, P120次/min。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: 请对张某进行护理评估, 并提出主要的护理问题, 从病情观察、协助治疗、心理护理、人文沟通及教育等方面针对首优护理问题提出有针对性的护理措施, 并评估护理措施的有效性。

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。

## (2) 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) 心电监护仪及导连线、配套的测血压袖带、SpO <sub>2</sub> 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<br>密闭式静脉输液用物: (1) 一次性密闭式输液器; (2) 一次性注射器; (3) 输液架; (4) 剪刀; (5) 皮肤消毒剂; (6) 无菌棉签; (7) 弯盘; (8) 一次性止血带; (9) 无菌纱布; (10) 瓶签; (11) 输液溶液; (12) 药物; (13) 砂轮; (14) 输液贴; (15) 小枕及一次性垫巾; (16) 笔; (17) 输液卡; (18) 手消剂; (19) 夹板和绷带 (按需准备); (20) 一次性手套 (按需准备); (21) 急救盒 (按需准备); (22) 病历本及护理记录单 (按需准备) | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

## (3) 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)

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值 | 权重 |
|----|----------|----|----|
|----|----------|----|----|

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例分析     | 100 | 40% |
| 2  | 心电监护     | 100 | 30% |
| 3  | 密闭式静脉输液  | 100 | 30% |

## 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|--|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 询问患者现在是否还有呕血与黑便以及量、颜色、形状如何？   | 4  |    |    |    |
|                | 2. 有头晕、眼花、心慌？有无疲乏无力？有无四肢冰凉？有无尿量减少？   | 4  |    |    |    |
|                | 3. 有无焦虑、恐惧心理？  | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 组织灌注量改变 与上消化道大出血有关  | 3  |    |    |    |
|                | 2. 自理缺陷 与医源性限制有关   | 1  |    |    |    |
|                | 3. 焦虑 与担心再次出血、担心预后有关   | 1  |    |    |    |
|                | 4. 体温过高 与体温调节中枢障碍有关  | 1  |    |    |    |
|                | 5. 知识缺乏：缺乏预防出血知识   | 2  |    |    |    |
|                | 6. 潜在并发症：肝性脑病  | 2  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 组织灌注量恢复正常，生命体征正常  | 3  |    |    |    |
|                | 2. 卧床期间能满足日常生活需求   | 1  |    |    |    |
|                | 3. 情绪逐渐稳定，能积极够配合治疗   | 1  |    |    |    |
|                | 4. 体温恢复正常  | 1  |    |    |    |
|                | 5. 能讲述预防出血措施   | 2  |    |    |    |
|                | 6. 无并发症发生  | 2  |    |    |    |
| 护理措施<br><40 分> | 1. 休息与体位：绝对卧床休息，取中凹卧位  | 6  |    |    |    |
|                | 2. 维持呼吸道通畅 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  |    |    |    |
|                | 3. 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            | 6  |    |    |    |
|                | 4. 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                                  | 4  |    |    |    |
|                | 5. 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，有无肝性脑病 | 6  |    |    |    |
|                | 6. 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                                      | 8  |    |    |    |
|                | 7. 生活护理：病人卧床期间，协助满足日常生活需求  | 2  |    |    |    |
|                | 8. 健康指导：戒酒，避免诱因如劳累；健康饮食、良好生活习惯   | 4  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求                   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|----------------------------|-----|----|----|----|
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 组织灌注量是否改善, 生命体征是否恢复正常   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 日常生活需求是否得到满足            | 1   |    |    |    |
|                 |             | 3. 情绪是否逐渐稳定, 能否积极配合治疗      | 1   |    |    |    |
|                 |             | 4. 体温是否恢复正常                | 1   |    |    |    |
|                 |             | 5. 是否掌握预防出血的知识             | 2   |    |    |    |
|                 |             | 6. 是否有并发症的发生               | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1. 案例内容要素完整                | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练              | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通 | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育     | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |                            | 100 |    |    |    |

## 任务 2: 心电监护评分细则

表 3 心电监护评分标准

| 考核内容           |  | 考核点及评分要求  | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|--|---|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><9分>   | 1. 核对医嘱、治疗卡   | 3  |    |    |    |
|                |  | 2. 核对病人, 解释目的, 取得合作, 协助病人取舒适卧位  | 3  |    |    |    |
|                |  | 3. 评估病人病情、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<br><2分>   | 评估病人周围环境、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<br><4分>  | 1. 着装整洁   | 2  |    |    |    |
|                |  | 2. 消毒双手, 方法正确; 戴口罩  | 2  |    |    |    |
| 用物<br><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   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 开机<br><5分>   | 1. 再次核对, 告知配合要点, 取得病人合作   | 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 各导连线电极相连接, 连接血氧饱和度插件, 连接血压计袖带   | 1  |    |    |    |
|                | 心电图监测<br><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; 为病人系好衣扣(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  | 3  |    |    |    |

|                |             |  |     |  |  |  |
|----------------|-------------|--|-----|--|--|--|
|                |             | 联)   |     |  |  |  |
|                |             | 4. 调整波形走速为 25mm/s  | 2   |  |  |  |
| 呼吸监测<br><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病人身体的合适部位, 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<br><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<br><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<br><4分>   |             | 根据病人情况, 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<br><6分>  |             | 1. 协助病人取舒适体位, 整理床单位                                      | 1   |  |  |  |
|                |             | 2. 对病人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<br><10分>  |             | 1. 取得病人及家属配合   | 2   |  |  |  |
|                |             | 2. 关闭监护仪, 撤除导连线及电极片方法正确                                  | 2   |  |  |  |
|                |             | 3. 协助病人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   |  |  |  |
| 评价<br><20分>    | 技能<br><10分> | 1. 操作规范, 动作熟练  | 5   |  |  |  |
|                |             | 2. 查对到位, 各项参数调节正确  | 5   |  |  |  |
|                | 素养<br><10分> | 1. 态度和蔼, 体现人文关怀, 保护病人隐私                                  | 3   |  |  |  |
|                |             | 2. 沟通良好, 病人合作  | 2   |  |  |  |
|                |             | 3. 在规定时间内完成(每超过一分钟扣 1 分, 扣满 5 分为止)                       | 5   |  |  |  |
| 总分             |             |  | 100 |  |  |  |

### 任务 3: 密闭式静脉输液

表 4 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 |
|------|-------------|----|----|----|----|
|      | 1. 核对医嘱、输液卡 | 2  |    |    |    |

| 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<br><20分>               | 病人<br><9分>  | 2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等               | 3  |    |    |    |
|                              |   | 3. 评估病人局部情况，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. 评估病人心理状况，解释并取得合作                               | 2  |    |    |    |
|                              | 环境<br><2分>  | 治疗室及病室环境均符合输液要求                                   | 2  |    |    |    |
|                              | 操作者<br><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<br><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；按操作先后顺序放置 | 5   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>                  | 备药<br><12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，剂量准确，无菌观念强                          | 2  |    |    |    |
|                              |   | 4. 请他人核对并签名                                       | 2  |    |    |    |
|                              |   | 5. 关调节器开关，一次性输液器插入正确                              | 2  |    |    |    |
|                              |   | 6. 医用垃圾初步处理正确                                     | 2  |    |    |    |
|                              | 输液<br><38分>                                       | 1. 再次核对输液卡、病人、药液；沟通有效；体位准备合适                      | 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                                 | 3  |    |    |    |
|                              |   | 4. 垫一次性垫枕，扎一次性止血带位置正确、松紧适宜，穿刺部位消毒方法正确             | 3  |    |    |    |
|                              |   | 5. 再次排气，穿刺一针见血                                    | 8  |    |    |    |
|                              |   | 6. 输液贴固定牢固、美观                                     | 2  |    |    |    |
|                              |   | 7. 输液速度调节正确                                       | 6  |    |    |    |
|                              |   | 8. 记录输液的时间、滴速并签名                                  | 2  |    |    |    |
|                              |   | 9. 消毒双手，取下口罩                                      | 2  |    |    |    |
|                              |   | 10. 整理床单位，帮病人取舒适体位                                | 2  |    |    |    |
|                              |   | 11. 健康指导有效，病人能理解和复述                               | 2  |    |    |    |
|                              |   | 12. 医用垃圾初步处理正确                                    | 2  |    |    |    |
|                              | 观察<br><2分>  | 巡视病房，听取病人主诉，及时发现并处理输液故障、不适反应；需要继续输液者更换药物方法正确（可口述） | 2  |    |    |    |
|                              | 拔针<br><8分>  | 1 再次核对，解释，消毒双手、戴口罩                                | 2  |    |    |    |
| 2. 拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀 |   | 3   |    |    |    |    |
| 3. 医用垃圾初步处理正确                |   | 1   |    |    |    |    |
| 4. 消毒双手，取下口罩                 |   | 1   |    |    |    |    |
| 5. 健康指导内容有针对性                |   | 1   |    |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 操作规范, 坚持三查八对, 无菌观念强         | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 在规定时间内完成(每超过一分钟扣1分, 扣满5分为止) | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 病人安全、满意                     | 2   |    |    |    |
|             |             | 2. 护患沟通有效, 病人合作                | 4   |    |    |    |
|             |             | 3. 仪表举止大方得体, 关爱病人, 体现整体护理理念    | 4   |    |    |    |
| 总分          |             |                                | 100 |    |    |    |

## 7. 试题编号: 2-3-7 直肠癌病人的护理

### (1) 任务描述

李某某, 女, 56岁, 因患“直肠癌”已行 Miles 手术后 10 天。体格检查: T36.8℃, P78 次/分, R20 次/分, BP120/60mmHg。患者面容消瘦, 体重较术前减轻 3Kg, 嘱其进食高热量、高蛋白、高维生素、低脂的半流饮食, 并加强营养状况的监测及结肠造口的护理, 患者因担心结肠造口影响今后的生活及工作导致心情焦虑。

任务 1: 请对李某进行护理评估, 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。

### (2) 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) 屏风或布帘; (5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶   |                   |
| 用物 | 静脉血标本采血用物: (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)<br>肠造口护理用物: (1) 治疗碗 2 个; (2) 镊子 2 把; (3) 弯盘; (4) 治疗巾; (5) 造口测量板; (6) 造口袋一套(底板、袋); (7) 剪刀; (8) 纱布; (9) 棉球若干; (10) 无菌生理盐水; (11) 无菌手套; (12) 医嘱单; (13) 记录单; (14) 笔; (15) 手消毒剂。 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |

| 类型   | 实施条件                           | 备注 |
|------|--------------------------------|----|
|      | 必要时备皮肤护肤粉、皮肤保护膜、防漏膏或防漏条，一次性引流袋 |    |
| 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。 |    |

### (3) 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：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 静脉采血     | 100 | 30% |
| 3  | 肠造口护理    | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|---------------------------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 患者生命体征是否平稳？营养状况是否得以维持或改善？          | 3  |    |    |    |
|                | 2. 造口是否有缺血坏死或狭窄？造口周围皮肤是否糜烂？           | 4  |    |    |    |
|                | 3. 了解造口患者的术后心理适应程度？询问是否掌握造口护理措施？      | 3  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 营养失调：低于机体需要量 与肿瘤慢性消耗、手术创伤、放化疗反应有关。 | 4  |    |    |    |
|                | 2. 自我形象紊乱 与行肠造口后排便方式改变有关。             | 3  |    |    |    |
|                | 3. 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。     | 3  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 患者营养状况得以维持或改善。                     | 4  |    |    |    |
|                | 2. 患者能适应新的排便方式，并自我认可。                 | 3  |    |    |    |
|                | 3. 患者情绪逐渐稳定，焦虑减轻能够配合治疗。               | 3  |    |    |    |
| 护理措施           | 1. 病情观察：严密监测生命体征及营养状况，观察肠造            | 10 |    |    |    |



| 考核内容            | 考核点及评分要求  | 分值         | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|---|------------|----|----|----|
| <40分>           | 口的活力、高度、及形状与大小，观察造瘘口肠粘膜的血液循环，注意有无肠段回缩、出血、坏死等。   |            |    |    |    |
|                 | 2. 生活护理：嘱其进食高热量、高蛋白、高维生素、少渣的熟食，多饮水，禁食粗纤维、有刺激性气味、辛辣的食物。  | 10         |    |    |    |
|                 | 3. 造口护理：①一件式造口袋操作流程：取袋-观察并清洁皮肤（用生理盐水）-剪切造口袋底板（大于造口直径2毫米）-黏贴-扣好造口袋尾夹。②保持造口皮肤清洁、干燥，长期使用者可先使用皮肤保护膜，如造口周围出现皮肤破溃、皮肤发红可使用溃疡粉。③指导患者进行结肠灌洗。 | 10         |    |    |    |
|                 | 4. 心理护理：鼓励患者诉说真实感受，组织讲座及病友联谊会以提高患者信心，进行造口换药时维护患者尊严，保护患者隐私，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。  | 10         |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 营养状况得以维持或改善。   | 3          |    |    |    |
|                 | 2. 正视造口，对今后的工作、生活充满信心，能有效调节不良情绪。  | 4          |    |    |    |
|                 | 3. 情绪稳定，食欲、睡眠未受影响。  | 3          |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>   | 1 案例内容要素完整 | 5  |    |    |
|                 | 2. 评估程序规范，熟练  | 5          |    |    |    |
| 素养<br><10分>     | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通  | 5          |    |    |    |
|                 | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育  | 5          |    |    |    |
| 总分              |   | 100        |    |    |    |

## 任务 2：静脉血标本采血评分细则

表 3 静脉血标本采血评分标准

| 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<br><20分> | 病人<br><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：注射部位皮肤有无瘀痕、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. 评估病人心理状况，解释并取得合作  | 2  |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 环境清洁、干燥、明亮，符合采血要求  | 2  |    |    |
|                | 操作者<br><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  | 3  |    |    |
| 用物<br><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  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 采集前准备   | 1. 携用物至床旁，核对病人信息、医嘱、检验申请单、真空管标签                                | 2  |    |    |

| 考核内容                        |                                    | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------------------|------------------------------------|--|-----|----|----|----|
| 采集过程<br><34分>               | <6分>                               | 2. 协助病人取舒适体位，暴露穿刺部位  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 3. 垫小枕及一次性垫巾   | 2   |    |    |    |
|                             | 采集过程<br><34分>                      | 1. 正确消毒双手，戴手套  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 2. 于穿刺点上方 5-6cm 处，扎止血带，松紧适宜  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 3. 常规消毒穿刺部位（消毒两遍，消毒范围不少于 5cm，中间不留间隙），并嘱病人握拳  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 4. 穿刺前再次核对病人信息，备干棉签  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 5. 穿刺：取下真空采血针保护套，左手绷紧皮肤，右手持针，使斜面向上，针梗与皮肤呈 15-30 度角进针，见回血后放平针头。固定针柄，将采血针另一端刺入真空管。使血液吸至所需要的量 | 10  |    |    |    |
|                             |                                    | 6. 根据检验目的不同，将标本按顺序注入不同标本容器内  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 7. 松一次性止血带，松拳  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 8. 干棉签置于穿刺部位，采血完毕后迅速拔针，嘱病人按压穿刺部位 3-5min  | 3   |    |    |    |
|                             |                                    | 9. 分离采血针并置于锐器盒内，防针刺伤   | 3   |    |    |    |
|                             |                                    | 10. 根据采集项目的混匀血液  | 2   |    |    |    |
|                             | 11. 再次核对检验单与试管，将真空采血管上的数字条码粘贴在检验单上 | 4  |     |    |    |    |
|                             | 操作后处理<br><20分>                     | 1. 取小垫枕、止血带  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 2. 按压后的棉签放入医用垃圾桶分类处理各用物  | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 3. 脱手套   | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 4. 安置病人取舒适卧位、整理床单位   | 2   |    |    |    |
| 5. 洗手、脱口罩                   |                                    | 2  |     |    |    |    |
| 6. 再次核对、健康教育                |                                    | 4  |     |    |    |    |
| 7. 记录                       |                                    | 2  |     |    |    |    |
| 8. 按照规定分类处理各用物，血标本连同检验单及时送检 |                                    | 4  |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>                 | 技能<br><10分>                        | 1. 穿刺一次成功，血标本符合检验要求，病人穿刺部位皮肤无肿胀、疼痛   | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 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   | 3   |    |    |    |
|                             |                                    | 3. 在规定时间内完成，每超过一分钟扣 1 分，扣满 5 分为止   | 5   |    |    |    |
|                             | 素养<br><10分>                        | 1. 护患沟通有效，爱伤观念强，病人合作   | 2   |    |    |    |
|                             |                                    | 2. 仪表举止大方得体，关爱病人，体现整体护理理念  | 4   |    |    |    |
|                             |                                    | 3. 职业防护意识强，避免针刺伤   | 4   |    |    |    |
| 总分                          |                                    |  | 100 |    |    |    |

### 任务 3：肠造口护理考核评分细则

表 4 肠造口护理考核评分细则

| 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<br><20分>     | 患者<br><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、家属及患者对造口的认知情况及患者自我照顾能力 | 3  |    |    |    |
|                    | 环境<br><3分>                                       | 清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜，注意隐私保护  | 3  |    |    |    |
|                    | 操作者<br><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<br><6分>         | 1. 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  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 取下原来的底板<br><10分>                                 | 1. 再次核对，告知配合要点及注意事项，取得配合   | 2  |    |    |    |
|                    |  | 2. 协助患者取平卧位  | 2  |    |    |    |
|                    |  | 3. 腰下铺治疗巾，置弯盘  | 1  |    |    |    |
|                    |  | 4. 剥除造口袋，一手轻按腹壁，一手将造口底板缓慢撕下  | 5  |    |    |    |
|                    | 清洁造口<br><6分>                                     | 1. 用外用生理盐水棉球清洗造口及周围皮肤  | 4  |    |    |    |
|                    |  | 2. 用小方纱或纸巾擦干皮肤   | 2  |    |    |    |
|                    | 粘贴造口袋<br><25分>                                   | 1. 用测量板测量造口大小  | 4  |    |    |    |
|                    |  | 2. 先用笔在底板背面标记、用剪刀修剪出造口的大小  | 4  |    |    |    |
|                    |  | 3. 检查：将底板对准造口，检查开口大小是否合适   | 4  |    |    |    |
|                    |  | 4. 粘贴：撕去底板的剥离纸，拉平造口周围皮肤，粘贴底板，并均匀按压各处                                     | 5  |    |    |    |
|                    |  | 5. 关好造口袋的排放口   | 4  |    |    |    |
|                    |  | 6. 指导患者饮食、活动、衣着、沐浴等知识  | 4  |    |    |    |
|                    | 观察、记录<br><13分>                                   | 1. 观察造口黏膜及周围皮肤情况   | 3  |    |    |    |
|                    |  | 2. 观察患者及家属对造口的接受程度及反应  | 3  |    |    |    |
|                    |  | 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  | 4  |    |    |    |
|                    | 操作后处理<br><6分>                                    | 1. 整理床单位，协助患者取舒适体位，放好呼叫器   | 2  |    |    |    |
| 2. 整理用物，医用垃圾初步处理正确 |  | 2  |    |    |    |    |
| 3. 消毒双手            |  | 2  |    |    |    |    |
| 评价<br><20分>        | 技能<br><10分>                                      | 1. 能准确评估患者的年龄、病情、意识、过敏史、造瘘口的功能状况及心理接受程度及患者对造瘘口护理掌握情况                     | 3  |    |    |    |
|                    |  | 2. 能正确清洁造口，并根据造口情况粘贴造口袋，并做好观察及记录   | 2  |    |    |    |
|                    |  | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止   | 5  |    |    |    |

| 考核内容        |                                      | 考核点及评分要求 | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|--------------------------------------|----------|-----|----|----|----|
| 素养<br><10分> | 1. 操作规范，动作轻柔，注意保护患者隐私；严格执行查对制度，无菌观念强 |          | 3   |    |    |    |
|             | 2. 对患者不适的判断和处理迅速、及时、正确               |          | 4   |    |    |    |
|             | 3. 能根据病情合理地进行健康指导，沟通良好，患者及家属满意       |          | 4   |    |    |    |
| 总分          |                                      |          | 100 |    |    |    |

## 项目 4：老年护理

### 1. 试题编号：2-4-1 养老机构失能老人的护理

#### (1) 任务描述

张\*\*，男，94岁，在某养老院生活20年，进食、穿衣、如厕、个人卫生需要护理人员协助完成，老年人因年纪较大，身体虚弱无力，行动不便，每天大部分时间坐在床上看电视。家人很少来看望老人，感到失落和孤独寂寞，情绪低落，感觉就在等死。

任务 1：请你对张某进行护理评估，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：请给病人进行口服给药护理。

任务 3：为了丰富病人生活，请用轮椅推病人出去散步。

#### (2) 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 | (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）；(14) 吸管（按需准备）；(15) 笔；(16) 纱布 | 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 |
|------|---|----|
|      | (鼻饲病人准备); (17) 橡胶圈 (鼻饲病人准备); (18) 别针 (鼻饲病人准备); (19) 注射器 (鼻饲病人准备); (20) 手消毒剂 (21) 弯盘; (22) 病历本及护理记录单 (按需准备) (23) 轮椅; (24) 治疗车; (25) 标准化病人。 |    |
| 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。   |    |

### (3) 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: 轮椅的使用: 30 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 20 分钟)。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 口服给药     | 100 | 30% |
| 3  | 轮椅使用     | 100 | 30% |

#### 2) 评分细则

##### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|-------------------------------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 评估患者生命体征、营养状况、进食情况、睡眠情况以及二便是否正常; | 2  |    |    |    |
|                | 2. 询问患者既往用药和治疗情况;                   | 2  |    |    |    |
|                | 3. 评估患者四肢肌力、肌张力是否正常;                | 2  |    |    |    |
|                | 4. 评估患者生活自理能力;                      | 2  |    |    |    |
|                | 5. 评估患者心理状况及家庭支持系统。                 | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 卫生/穿着/进食/如厕自理缺陷 与年纪较大、身体虚弱无力有关。  | 4  |    |    |    |

| 考核内容            | 考核点及评分要求  | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|---|----|----|----|----|
|                 | 2. 躯体移动障碍 与年纪较大、身体虚弱无力有关。   | 3  |    |    |    |
|                 | 3. 自我认同紊乱 与缺乏家人关爱、抑郁情绪、自我评价过低、无价值感有关。   | 3  |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   | 1. 患者在护理人员协助下能完成日常生活,基本生活需求得到满足。  | 4  |    |    |    |
|                 | 2. 患者在护理人员协助下进行活动,维持肢体功能。   | 3  |    |    |    |
|                 | 3. 患者抑郁情绪得到缓解,学会采用适当方式排解寂寞。   | 3  |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   | 1. 病情观察: 监测患者生命体征,观察患者营养状况、心理状态,活动过程密切观察是否出现身体不适。   | 6  |    |    |    |
|                 | 2. 生活护理: 给予高营养、易消化的软质食物,保证营养、水分和电解质的平衡。合理安排作息时间,保证充足的睡眠。护理人员可借助辅助器具,训练患者进食、更衣、如厕、保持个人卫生等日常生活能力训练,患者不能独立完成时,可以协助完成。  | 7  |    |    |    |
|                 | 3. 用药护理: 遵医嘱用药,告知用药依从性的重要性,坚持规律服药。  | 6  |    |    |    |
|                 | 4. 运动康复: 按照循序渐进的原则,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。  | 6  |    |    |    |
|                 | 5. 心理护理: 护理人员安慰陪伴患者。根据患者的兴趣、爱好安排一些患者喜欢的活动,鼓励和协助患者参加养老院的活动及到户外散步,活动时要观察患者的表现并询问感受,注意保护患者安全。跟家属沟通,尽量要多抽出时间来陪伴患者,问候关怀患者。   | 7  |    |    |    |
|                 | 6. 健康教育: 护理人员用轮椅推患者户外活动,注意平稳匀速推行。上坡道手握椅背把手均匀用力,两臂保持屈曲,身体前倾,平稳向上推行。下坡道采用倒退下坡的方法,叮嘱老年人抓紧轮椅扶手,身体靠近椅背,护理人员握住椅背把手,缓慢倒退行走。上台阶时脚踩踏轮椅后侧的杠杆,抬起前轮,以两后轮为支点,使前轮翘起移上台阶,再以两前轮为支点,双手抬车把带起后轮,平稳地移上台阶。下台阶时采用倒退下台阶的方法,叮嘱老年人抓紧扶手,提起车把,缓慢地将后轮移至台阶下,再以两后轮为支点,稍稍翘起前轮,轻拖轮椅至前轮移到台阶下。上电梯时护理人员在前,轮椅在后,即轮椅以倒退形式进入电梯,及时原地掉头并刹车,老年人和护理人员背对电梯门;下电梯时确认电梯停稳,松开刹车,仍然以倒退形式退出电梯。 | 8  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> | 1. 患者基本生理需求是否满足。  | 3  |    |    |    |
|                 | 2. 患者肢体功能是否得以维持   | 3  |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求                         | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|----------------------------------|-----|----|----|----|
|             |             | 3. 患者抑郁情绪是否得到缓解, 是否学会采用适当方式排解寂寞。 | 4   |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整                       | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 评估程序规范, 熟练                    | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通       | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育           | 5   |    |    |    |
| 总分          |             |                                  | 100 |    |    |    |

## 任务 2: 口服给药评分细则

表 3 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 |
|--------------------|--|---|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><10分>  | 1. 核对医嘱、服药本                                   | 2  |    |    |    |
|                    |  | 2. 评估病人全身情况: 年龄、体重、病情、意识状态、用药史、过敏史等           | 3  |    |    |    |
|                    |  | 3. 评估病人局部情况: 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. 评估病人心理状况, 解释并取得合作                          | 2  |    |    |    |
|                    | 环境<br><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<br><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<br><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   |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 取药与<br>配药<br><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<br><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, 同一病人的药一次取离药盘, 发给病人      | 6  |    |    |    |
|                    |  | 3. 向病人交代服药注意事项, 看服到口                          | 8  |    |    |    |
|                    |  | 4. 耐心听取病人的疑问, 再次核对无误后解释清楚                     | 6  |    |    |    |
|                    |  | 5. 病人不在或因故暂不能服药者, 应将药物取回保管, 并交班               | 6  |    |    |    |

| 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<br><12分> |             | 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. 观察病人服药效果, 听取病人主诉, 及时发现并处理用药后反应 | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1. 病人安全, 能准时、按剂量口服药物              | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 操作规范, 坚持三查八对                   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止    | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 仪表举止大方得体, 关爱病人, 用药指导有效         | 5   |    |    |    |
| 2. 护患沟通有效, 病人合作 |             | 5                                 |     |    |    |    |
| 总分              |             |                                   | 100 |    |    |    |

### 任务3: 轮椅使用评分细则

表3 轮椅使用评分标准

| 考核内容           |               | 考核点及评分要求   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|---------------|--|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 患者<br><10分>   | 1. 评估患者四肢肌力、肢体活动度  | 5  |    |    |    |
|                |               | 2. 向患者解释(使用轮椅的目的、方法及配合)并取得合作                                 | 5  |    |    |    |
|                | 环境<br><3分>    | 周围环境(安全、地面无湿滑、无障碍物)  | 3  |    |    |    |
|                | 操作者<br><2分>   | 着装整洁   | 2  |    |    |    |
|                | 用物<br><5分>    | 用物准备齐全(少一个扣1分, 最多扣2分)  | 5  |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 固定轮椅<br><15分> | 1. 检查轮椅的性能: 刹车是否灵敏, 坐垫、靠背、手把是否完好, 车轮充气是否充足, 脚踏板是否完好, 安全带是否完好 | 10 |    |    |    |
|                |               | 2. 将轮椅推至患者健侧合适位置   | 2  |    |    |    |
|                |               | 3. 拉起车闸, 固定轮椅  | 2  |    |    |    |
|                |               | 4. 收起脚踏板   | 1  |    |    |    |
|                | 协助坐椅<br><20分> | 1. 用膝关节内侧抵住患者膝关节的外侧  | 3  |    |    |    |
|                |               | 2. 嘱患者将手放置于护士肩上  | 2  |    |    |    |
|                |               | 3. 两手臂穿过患者腋下, 环抱其腰部夹紧, 两人身体靠近                                | 3  |    |    |    |



| 考核内容           |                                 | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
|                |                                 | 4. 屈膝并嘱患者抬臀、伸膝时同时站起            | 3   |    |    |    |
|                |                                 | 5. 以自己的身体为轴转动，将患者移至轮椅上         | 3   |    |    |    |
|                |                                 | 6. 放下脚踏板，将患者脚放于脚踏板上，确保患者患肢放置合理 | 4   |    |    |    |
|                |                                 | 7. 用束腰带保护患者安全；根据季节采取保暖措施（口述）   | 2   |    |    |    |
|                | 保证安全<br><10分>                   | 1. 嘱患者扶稳轮椅的扶手，尽量靠后坐            | 5   |    |    |    |
|                |                                 | 2. 勿向前倾身或自行下车，以免跌倒             | 5   |    |    |    |
|                | 松闸推车<br><5分>                    | 确定患者无不适后，松开车闸（口述）              | 5   |    |    |    |
| 推至目的地<br><10分> | 推患者至目的地，运送途中，随时观察、询问患者，确保安全（口述） | 10                             |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>    | 技能<br><10分>                     | 1. 操作规范熟练                      | 3   |    |    |    |
|                |                                 | 2. 病人肢体放置合理，操作安全               | 2   |    |    |    |
|                |                                 | 3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止   | 5   |    |    |    |
|                | 素养<br><10分>                     | 4. 关爱病人，动作轻柔                   | 5   |    |    |    |
|                |                                 | 5. 沟通有效，解释合理                   | 5   |    |    |    |
| 总分             |                                 |                                | 100 |    |    |    |

## 2. 试题编号 2-4-2 脑挫裂伤病人的护理

### (1) 任务描述

刘\*\*，男，65岁，因车祸致严重脑挫裂伤急诊行去骨瓣减压术后2月余。体格检查：T37℃，P82次/分，R18次/分，BP130/70mmHg。意识清楚，精神较前好转，双侧瞳孔等大等圆，直径为3mm，对光反射灵敏，患者诉左侧肢体无力，查体左上肢肢体能抵抗阻力但不完全，左下肢肢体可以抬离床面，但不能抵抗阻力。现患者心情焦虑，康复意愿强烈，请康复科会诊，医嘱予行四肢关节主动及被动活动及肢体按摩及理疗，嘱患者酌情可借助助行器下床活动。

任务1：请对刘某进行护理评估，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：请帮助刘某进行良肢位摆放。

任务 3：请对刘某进行肌力评定。

## (2) 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）；      |                    |
| 用物   | (1) 记录卡（单）；(2) 笔；(3) 腋杖        | 工作服、口罩、<br>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。 |                    |

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟；

任务 2：良肢位摆放：30 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 25 分钟）。

任务 3：肌力评定：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 良肢位摆放    | 100 | 30% |
| 3  | 肌力评定     | 100 | 30% |

### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|-----------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 询问患者现在还有无头痛？ | 2  |    |    |    |
|                | 2. 判断患者有无意识改变？  | 2  |    |    |    |
|                | 3. 判断患者有无肌力异常？  | 2  |    |    |    |
|                | 4. 判断患者有无焦虑不安？  | 2  |    |    |    |

| 考核内容            |   | 考核点及评分要求                   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|---|----------------------------|-----|----|----|----|
|                 |   | 5. 询问患者是否掌握康复措施?           | 2   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   | 1. 有失用综合征的危险 与脑损伤后意识和肢体功能障碍及长期卧床有关。   |                            | 4   |    |    |    |
|                 | 2. 躯体移动障碍 与左侧肢体无力有关。  |                            | 3   |    |    |    |
|                 | 3. 焦虑 与担心预后有关。  |                            | 3   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   | 1. 活动能力和耐力逐渐增强。   |                            | 4   |    |    |    |
|                 | 2. 未出现因活动受限引起的并发症。  |                            | 3   |    |    |    |
|                 | 3. 情绪逐渐稳定, 能够配合治疗。  |                            | 3   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   | 1. 病情观察: 严密监测观察意识、瞳孔、生命体征等情况, 观察有无头痛、耳鸣、记忆力减退、肢体无力等。  |                            | 8   |    |    |    |
|                 | 2. 生活护理: 嘱其进食高蛋白、高维生素、易消化饮食。以卧床休息为主, 每日可在床上进行肢体关节主动及被动活动, 及按摩理疗 2-3 次/日, 保持肢体功能位以防止足下垂、肢体挛缩等并发症。                                      |                            | 10  |    |    |    |
|                 | 3. 康复护理: 告知患者及家属早康复的重要性、训练的技巧, 恢复期康复训练主要包括转移动作训练、坐位训练、站立训练、辅助器步行和实用步行训练、平衡共济训练、日常生活训练等。上肢功能训练一般采用运动疗法和作业疗法相结合; 下肢功能训练主要以加强肌力, 改善步态为主。 |                            | 12  |    |    |    |
|                 | 4. 心理护理: 简要解释疾病过程, 告知患者脑损伤后遗留的语言、运动、智力障碍, 在伤后 1-2 年内可部分恢复, 以提高患者信心, 减轻其心理负担, 缓解焦虑心情。  |                            | 10  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |   | 1. 活动能力和耐力是否逐渐增强。          | 5   |    |    |    |
|                 |   | 2. 未出现因活动受限引起的并发症。         | 5   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分>   | 1 案例内容要素完整                 | 5   |    |    |    |
|                 |   | 2. 评估程序规范, 熟练              | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分>   | 1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通 | 5   |    |    |    |
|                 |   | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育     | 5   |    |    |    |
| 总分              |   |                            | 100 |    |    |    |

## 任务 2: 良肢位摆放评分细则

表 3 良肢位摆放考核评分标准

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

| 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<br><20分> | 病人<br><11分>                                       | 1. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素  | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 评估病人功能障碍情况：肢体肌力、关节活动度等  | 3  |    |    |    |
|                |   | 3. 评估病人心理状况，解释并取得合作  | 3  |    |    |    |
|                |   | 4. 评估病人对康复知识的了解情况  | 2  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 清洁、宽敞、明亮、安静，符合良肢位摆放操作要求  | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>                                       | 1. 衣帽整洁，挂表   | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 洗手 / 消毒手方法正确  | 2  |    |    |    |
| 用物<br><3分>     | 用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一对用物进行评估，质量符合要求；按操作先后顺序放置 | 3  |    |    |    |    |
| 实施<br><60分>    | 仰卧位<br><14分>                                      | 1. 再次核对个人信息并进行有效沟通   | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 头部垫枕高度适中，头部位置摆放正确   | 2  |    |    |    |
|                |   | 3. 患侧上肢肢体摆放正确，保持肩关节上抬前挺，上臂外旋稍外展，肘、腕均伸直，掌心向上，手指伸直并分开，枕头位置放置正确       | 4  |    |    |    |
|                |   | 4. 患侧下肢肢体摆放正确，髋关节稍向内旋，膝关节呈轻度屈曲位，枕头位置放置正确                           | 4  |    |    |    |
|                |   | 5. 脚底未放置物品   | 1  |    |    |    |
|                |   | 6. 及时记录体位摆放时间  | 1  |    |    |    |
|                | 健侧卧位<br><16分>                                     | 1. 沟通有效，病人放松   | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 体位转换方法正确  | 4  |    |    |    |
|                |   | 3. 患侧上肢体位摆放正确，保持患肩前伸，屈曲90°，置于高于心脏位置，前臂旋前，腕关节背伸，指关节伸展，手心向下，枕头位置放置正确 | 4  |    |    |    |
|                |   | 4. 患侧下肢体位摆放正确，患侧髋、膝关节屈曲，患足与小腿尽量保持垂直位，枕头位置放置正确                      | 4  |    |    |    |
|                |   | 5. 健侧肢体自然放置  | 1  |    |    |    |
|                |   | 6. 及时记录体位摆放时间  | 1  |    |    |    |
|                | 患侧卧   | 1. 沟通有效，病人放松   | 2  |    |    |    |

| 考核内容              |                     | 考核点及评分要求                                      | 分值                       | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------------|---------------------|---|--------------------------|----|----|----|
| 评价<br><20分>       | 位<br><20分>          | 2. 体位转换方法正确                                   | 4                        |    |    |    |
|                   |                     | 3. 病人背部垫枕，以保持侧卧姿势                             | 2                        |    |    |    |
|                   |                     | 4. 患侧上肢体位摆放正确：肩和肩胛骨向前伸，前臂往后旋，使肘和腕伸展，手掌向上，手指伸开 | 3                        |    |    |    |
|                   |                     | 5. 健侧上肢放在躯干上，位置合理                             | 2                        |    |    |    |
|                   |                     | 6. 健侧下肢体位摆放正确，枕头位置放置正确，未压迫患侧肢体                | 3                        |    |    |    |
|                   |                     | 7. 患侧下肢膝、髋关节屈膝，稍背屈踝关节，体位摆放正确                  | 3                        |    |    |    |
|                   |                     | 8. 及时记录体位摆放时间                                 | 1                        |    |    |    |
|                   |                     | 摆放后<br>处理<br><10分>                            | 1. 体位摆放安全、稳固             | 3  |    |    |
|                   | 2. 及时查看床单位安全情况      |   | 2                        |    |    |    |
|                   | 3. 健康指导到位           |   | 3                        |    |    |    |
|                   | 4. 及时消毒双手，方法正确；取下口罩 |   | 2                        |    |    |    |
|                   | 技能<br><10分>         | 1. 操作规范，病人安全、满意                               | 5                        |    |    |    |
|                   |                     | 2. 动作熟练、轻柔，体位摆放准确                             | 5                        |    |    |    |
|                   |                     | 素养<br><10分>                                   | 1. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适 | 5  |    |    |
| 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人 |                     |   | 5                        |    |    |    |
| 总分                |                     |   | 100                      |    |    |    |

### 任务 3：肌力评定评分细则

表 3 肌力评定考核评分标准

| 考核内容               |             | 考核点及评分要求                                | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|--------------------|-------------|---|----|----|----|----|
| 评估及<br>准备<br><20分> | 病人<br><10分> | 1. 充分暴露被检查部位，比较两侧肌肉形态的对称性，必要时测量两侧肢体的围度。 | 5  |    |    |    |
|                    |             | 2. 正确摆放受检者体位，将被检查肢体摆放于抗重力位，有效固定身体近端。    | 5  |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 现场环境符合评定要求                              | 3  |    |    |    |
|                    | 操作者         | 着装整洁                                    | 2  |    |    |    |

| 考核内容        |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------|-------------|---|-----|----|----|----|
|             | <3分>        |   |     |    |    |    |
|             | 用物<br><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   |    |    |    |
| 实施<br><60分> | 徒手肌力<br>评定  | 1. 选择合适体位后暴露受检部位。   | 10  |    |    |    |
|             |             | 2. 发出口令嘱受检者收缩肌肉并完成全关节范围活动，观察受检者的动作，必要时触诊被检查肌肉。  | 10  |    |    |    |
|             |             | 3. 如果受检者能够完成抗重力位全关节范围活动，可进一步进行抗阻运动，将阻力施加于肢体远端，发出口令嘱受检者用最大力量抗阻完成动作；观察是否能抗部分阻力还是充分阻力完成动作。 | 10  |    |    |    |
|             |             | 4. 如果受检者无法完成上述要求动作，则须将被检查部位摆放于非抗重力位，发出口令嘱受检者用最大力量收缩肌肉做全关节范围活动。                          | 10  |    |    |    |
|             |             | 5. 如果受检查者无法完成上述要求动作，重复上述口令，检查相关肌肉是否有收缩。   | 10  |    |    |    |
|             |             | 6. 操作完毕，复原患者衣物，询问患者有无不适，嘱休息。口述所测肌力等级，记录徒手肌力等级、检查日期，并评估受检者表现。                            | 10  |    |    |    |
| 评价<br><20分> | 技能<br><10分> | 1. 肌力评定步骤正确。  | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 动作流畅，操作规范。   | 5   |    |    |    |
|             | 素养<br><10分> | 1. 沟通有效，解释合理。   | 5   |    |    |    |
|             |             | 2. 在规定时间内完成。  | 5   |    |    |    |
| 总分          |             |   | 100 |    |    |    |

### 3. 试题编号 2-4-3COPD 病人的护理

#### (1) 任务描述

陈\*\*，男，69岁，吸烟40年，反复咳嗽、咳痰30年，每年发作持续超过3个月。近5年开始出现呼吸困难。2天前开始发热，咳黄黏痰，痰不易咳出，喘息加重。体检：体温38.6℃，脉搏102次/分，呼吸26次/分，血压130/70mmHg。患者神志清楚，消瘦，口唇发绀，胸廓呈桶状胸，呼吸运动减弱，触觉语颤减低，叩诊过清音，呼吸音粗，双肺满布哮鸣音，肺底散在湿啰音。血常规：白细胞 $12.2 \times 10^9/L$ 。X线胸片：两肺透亮度增加。诊断为：慢性支气管炎。医嘱用药为：（1）静脉滴注抗生素：克林霉素 每次0.6G，

每日 2 次。(2) 口服茶碱缓释片每次 0.1G, 每日 2 次地塞米松 2mg 雾化吸入, 每天 1 次。(3) 雾化: 生理盐水 5ml, 庆大霉素 2ml, (局部抗炎), A-糜蛋白酶 4000 单位 (稀释痰液), 地塞米松 5mg (控制炎症、对抗过敏和减少组织增生) 制成配制液, 每日吸入 2 次, 每次 30 分钟。

任务 1: 请你对陈某进行护理评估, 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: 请为陈某进行氧气吸入。

任务 3: 请指导陈某进行助行器的使用。

## (2) 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) 听诊器; (2) 氧气筒; (3) 氧气表; (4) 湿化瓶 (内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满); (5) 通气管; (6) 一次性双腔鼻导管; (7) 无菌纱布 2 块; (8) 小药杯盛冷开水; (9) 棉签; (10) 笔; (11) 弯盘; (12) 剪刀; (13) 扳手; (14) 输氧卡; (15) 手消毒剂; (16) 手电筒; (17) 病历本及护理记录单 (按需准备) (18) 助行器: 腋杖 | 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。   |                     |

## (3) 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: 助行器的使用: 30 分钟 (其中用物准备 5 分钟, 操作 25 分钟)。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 氧气吸入     | 100 | 30% |
| 3  | 助行器的使用   | 100 | 30% |

## 2) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|---------------|---|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分> | 1. 询问患者呼吸困难发作的急缓  | 2  |    |    |    |
|               | 2. 询问患者有无诱因诱发疾病发作   | 2  |    |    |    |
|               | 3. 询问患者既往用药和治疗情况  | 2  |    |    |    |
|               | 4. 询问患者有无咳嗽咳痰及喘息  | 1  |    |    |    |
|               | 5. 询问患者有无反复感染等  | 1  |    |    |    |
|               | 6. 听诊患者肺部有无干湿啰音、有无哮鸣音等  | 1  |    |    |    |
|               | 7. 询问患者是否掌握康复措施?  | 1  |    |    |    |
| 护理问题<br><10分> | 1. 清理呼吸道无效 与无力咳嗽、痰液粘稠有关   | 2  |    |    |    |
|               | 2. 体温升高 与肺部感染所致   | 2  |    |    |    |
|               | 3. 气体交换受损 与疾病时间长,肺通气功能受损有关  | 2  |    |    |    |
|               | 4. 营养失调: 低于机体需要量 与呼吸困难导致能量消耗增加有关                                  | 2  |    |    |    |
|               | 5. 睡眠形态紊乱 与咳嗽、呼吸困难有关  | 2  |    |    |    |
| 护理目标<br><10分> | 1. 患者咳痰咳出顺畅   | 2  |    |    |    |
|               | 2. 患者体温恢复正常   | 2  |    |    |    |
|               | 3. 患者发绀缓解   | 2  |    |    |    |
|               | 4. 患者能适应慢性病并以积极的心态对待疾病  | 2  |    |    |    |
|               | 5. 患者活动能力和耐力逐渐增强  | 2  |    |    |    |
| 护理措施<br><40分> | 1. 病情观察: 观察咳嗽咳痰的情况,注意痰液的量性状及咳痰是否顺畅;了解呼吸困难程度;了解患者肺部体征;注意有无呼吸衰竭等并发症 | 8  |    |    |    |
|               | 2. 用药护理: 遵医嘱用祛痰药、支气管扩张药、抗感染药,注意观察疗效及副作用                           | 8  |    |    |    |



| 考核内容            |             | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
|                 |             | 3. 生活护理：卧床休息，减少活动量。进食高热量、高蛋白、高维生素饮食。避免引起便秘的食物  | 8   |    |    |    |
|                 |             | 4. 心理护理：慢性支气管炎是一种进展性疾病，容易产生压抑、焦虑心理。了解患者的性格、心理、生活方式的改变，共同制定和实施康复计划，增强战胜疾病的信心  | 8   |    |    |    |
|                 |             | 5. 康复护理：告知患者及家属早康复的重要性、训练的技巧，恢复期康复训练主要包括转移动作训练、坐位训练、站立训练、辅助器步行和实用步行训练、平衡共济训练、日常生活训练等。上肢功能训练一般采用运动疗法和作业疗法相结合；下肢功能训练主要以加强肌力，改善步态为主 | 8   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 患者痰液咳出是否顺畅  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 2. 患者体温是否恢复正常  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 发绀是否得以缓解  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 有无正确认识疾病，调整好心态对待疾病  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 5. 活动能力和耐力是否逐渐增强   | 2   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育   | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

## 任务 2：氧气吸入（氧气筒）评分细则

表 3 氧气吸入（氧气筒）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<br>准备<br><20分> | 病人<br><10分>   | 1. 核对医嘱                                     | 2  |    |    |    |
|                    |   | 2. 评估全身情况：年龄、病情、意识状态、生命体征                   | 3  |    |    |    |
|                    |   | 3. 评估局部情况：呼吸困难、发绀的程度，肺部呼吸音，口腔咽部黏膜情况，有无活动性义齿 | 2  |    |    |    |
|                    |   | 4. 评估病人心理状况，解释并取得合作                         | 2  |    |    |    |
|                    | 环境<br><2分>  | 清洁、安静、明亮、温湿度适宜                              | 3  |    |    |    |
| 操作者<br><3分>        | 1. 消毒双手、戴口罩   | 2   |    |    |    |    |
|                    | 2. 着装整齐，端庄大方  | 1   |    |    |    |    |
| 用物<br><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   |    |    |    |    |

| 考核内容              |               | 考核点及评分要求   | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------------|---------------|--|-----|----|----|----|
| 实施<br><60分>       | 吸痰<br><50分>   | 1. 带用物至病人床旁, 核对床号、姓名、手腕带, 并解释。                                     | 2   |    |    |    |
|                   |               | 2. 消毒液挂瓶挂于床头, 连接负压瓶与橡胶管, 接通电源, 打开开关, 检查是否通畅和有无漏气。                  | 4   |    |    |    |
|                   |               | 3. 正确调节负压(成人40~53.3kPa, 小儿13.3~40kPa、新生儿<13.3kPa)                  | 4   |    |    |    |
|                   |               | 4. 协助病人头偏向护士, 头略后仰   | 2   |    |    |    |
|                   |               | 5. 消毒双手, 戴口罩。颌下铺巾、放置弯盘   | 2   |    |    |    |
|                   |               | 6. 打开无菌盘, 打开吸痰管包装, 戴手套, 取吸痰管, 衔接, 打开电动吸引器开关, 试吸无菌生理盐水, 湿润及检查导管是否通畅 | 4   |    |    |    |
|                   |               | 7. 一手反折吸痰管末端, 另一手用无菌血管钳(镊)或者用戴手套的手持吸痰管前端经鼻腔插入20~25cm至气管            | 2   |    |    |    |
|                   |               | 8. 放松吸痰管末端, 将吸痰管左右旋转, 向上提拉(依次吸净气道内、咽喉、鼻腔的痰液, 同一部位一次吸痰时间不超过15秒)     | 3   |    |    |    |
|                   |               | 9. 注意观察患者面色、呼吸, 观察吸出物的颜色、性状和量                                      | 3   |    |    |    |
|                   |               | 10. 吸痰完毕, 抽吸生理盐水冲净管道内痰液, 关闭电动吸引器, 将连接导管末端插入消毒液挂瓶内。                 | 4   |    |    |    |
|                   |               | 11. 取纱布擦净病人口鼻, 撤去治疗巾、弯盘, 脱下手套, 检查鼻腔黏膜情况                            | 5   |    |    |    |
|                   |               | 12. 听诊呼吸音, 判断吸痰效果  | 4   |    |    |    |
|                   |               | 13. 消毒双手, 取下口罩, 记录   | 2   |    |    |    |
|                   |               | 14. 协助病人取舒适卧位, 整理床单位   | 2   |    |    |    |
|                   |               | 15. 关闭电源开关、清理用物, 储液瓶及时倾倒(液体不得超过容积的2/3), 清洁消毒备用, 吸痰用物每日更换           | 3   |    |    |    |
|                   | 健康指导<br><10分> | 做好有效咳嗽、叩击拍背等畅通呼吸道的健康指导   | 10  |    |    |    |
| 评价<br><20分>       | 技能<br><10分>   | 1. 遵守无菌原则, 无菌观念强   | 2   |    |    |    |
|                   |               | 2. 操作规范, 动作轻柔  | 3   |    |    |    |
|                   |               | 3. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止                                     | 5   |    |    |    |
|                   | 素养<br><10分>   | 1. 仪表举止大方得体, 关爱病人  | 5   |    |    |    |
| 2. 护患沟通良好, 健康指导有效 |               | 5  |     |    |    |    |
| 总分                |               |  | 100 |    |    |    |

### 任务3: 助行器的使用评分细则

表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 |
|--------------------|------------|-------------------------|----|----|----|----|
| 操作前<br>准备<br><15分> | 患者<br><5分> | 1. 核对患者一般情况, 包括姓名、年龄、病情 | 5  |    |    |    |
|                    | 环境         | 2. 清洁、安静、明亮、温度适宜, 符合助行器 | 2  |    |    |    |

|              |  |   |   |  |  |  |
|--------------|--|---|---|--|--|--|
|              | 〈2分〉   | 的应用操作要求   |   |  |  |  |
|              | 操作者<br>〈4分〉                                  | 3. 着装整洁, 仪表大方, 态度有亲和力                               | 4 |  |  |  |
|              | 用物<br>〈4分〉                                   | 4. 用物准备齐全 (少或者准备错误一个扣 0.5 分, 最多扣 2 分); 摆放有序, 符合操作原则 | 4 |  |  |  |
| 实施<br>〈65分〉  | 与患者<br>沟通<br>〈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<br>的佩戴<br>〈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. 双腋杖顶部距离腋下 5cm                                    | 2 |  |  |  |
|              |  | 4. 双手支撑在腋杖手柄处                                       | 2 |  |  |  |
|              |  | 5. 手柄平齐患者股骨大转子                                      | 2 |  |  |  |
|              | 摆至步<br>〈10分〉                                 | 1. 在开始进行步行训练时常使用这种方法                                | 2 |  |  |  |
|              |  | 2. 患者双侧手同时将腋杖伸出                                     | 2 |  |  |  |
|              |  | 3. 通过手支撑腋杖手柄处, 将双脚拖至腋杖前                             | 2 |  |  |  |
|              |  | 4. 双脚不超过腋杖底部的连线                                     | 2 |  |  |  |
|              |  | 5. 连走三步   | 2 |  |  |  |
|              | 摆过步<br>〈10分〉                                 | 1. 多在摆至步成功后开始应用                                     | 2 |  |  |  |
|              |  | 2. 患者双侧手同时将腋杖伸出                                     | 2 |  |  |  |
|              |  | 3. 通过手支撑腋杖手柄处, 将双脚拖至腋杖后                             | 2 |  |  |  |
|              |  | 4. 双脚每次都超过腋杖底部的连线                                   | 2 |  |  |  |
|              |  | 5. 连走三步   | 2 |  |  |  |
|              | 四点步<br>〈10分〉                                 | 1. 步行稳定性好, 但速度较慢, 步态接近正常步行                          | 2 |  |  |  |
|              |  | 2. 患者先伸一侧腋杖, 再迈对侧腿                                  | 2 |  |  |  |
|              |  | 3. 患者伸另一侧腋杖, 再迈对侧腿                                  | 2 |  |  |  |
|              |  | 4. 行走轨迹例如: 左腋杖-右腿-右腋杖-左腿                            | 2 |  |  |  |
|              |  | 5. 连走三步   | 2 |  |  |  |
|              | 三点步<br>〈10分〉                                 | 1. 步行速度快, 稳定性良好                                     | 2 |  |  |  |
|              |  | 2. 患者双侧手同时将腋杖伸出                                     | 2 |  |  |  |
|              |  | 3. 患者迈一侧腿, 再迈另一侧腿                                   | 2 |  |  |  |
|              |  | 4. 行走轨迹例如: 双腋杖-左腿-右腿                                | 2 |  |  |  |
| 5. 连走三步      |  | 2   |   |  |  |  |
| 两点步<br>〈10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 | 2   |   |  |  |  |
|              | 2. 患者伸出一侧腋杖, 同时迈另一侧的腿                        | 2   |   |  |  |  |

|             |             |                          |     |  |  |
|-------------|-------------|--------------------------|-----|--|--|
|             |             | 3. 患者再伸出另一侧腋杖，同时迈对侧的腿    | 2   |  |  |
|             |             | 4. 行走轨迹正确：如左腋杖+右腿-右拐杖+左腿 | 2   |  |  |
|             |             | 5. 连走三步                  | 2   |  |  |
| 评价<br>(20分) | 技能<br><10分> | 1. 操作规范，动作熟练             | 5   |  |  |
|             |             | 2. 注意保护患者安全              | 5   |  |  |
|             | 素养<br><10分> | 1. 沟通良好，取得患者合作           | 5   |  |  |
|             |             | 2. 态度和蔼，关爱患者             | 5   |  |  |
| 总分          |             |                          | 100 |  |  |

### 模块三：专业拓展模块

#### 项目 1：母婴护理

##### 1. 试题编号：3-1-1 产褥期产妇的护理

###### (1) 任务描述

何女士，31岁，孕1产1。因停经39+5周，阵发性下腹痛3小时入院。入院10小时后宫口开全，因“会阴水肿、第二产程延长”行会阴侧切术，产钳助产娩出一男婴，体重4150g，新生儿出生后情况良好。产妇、新生儿无母乳喂养禁忌症。双侧乳房充盈，乳房胀痛，乳汁分泌极少；新生儿哭闹不安；产妇及家属为此非常着急。

任务1：请对何女士进行护理评估，并提出主要的护理问题，从病情观察、协助治疗、心理护理、人文沟通及健康教育等方面针对首优护理问题提出有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：请指导何女士进行母乳喂养指导。

###### (2) 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) 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                            | 设备完好、准备齐全            |
| 用物 | 母乳喂养指导用物：(1) 靠背椅；(2) 脚踏板；(3) 小脸盆；(4) 温开水壶（内装39~41℃温开水）；(5) 棉质小毛巾；(6) 手消毒剂；(7) 病历本；(8) 笔 | 操作者工作服、帽子、口罩等由主考学校准备 |

| 类型   | 基本实施条件                        | 备注 |
|------|-------------------------------|----|
| 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 |    |

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：母乳喂养指导：40 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 30 分钟）。

### (4) 评分标准

#### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 母乳喂养指导   | 100 | 60% |

#### 2) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|---|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 1. 询问并查询产妇孕前健康状况、妊娠经过；评估分娩过程是否顺利、用药情况；产后出血量及会阴撕裂程度；评估新生儿出生时 Apgar 评分，是否有窒息及抢救的经过等   | 3  |    |    |    |
|                | 2. 评估产妇产前及产后 3 天内生命体征情况；评估产妇对宫缩痛疼痛的反应程度；每日同一时间评估产妇的宫底高度，了解子宫收缩情况；观察恶露的量、颜色及气味；检查会阴伤口愈合情况、水肿的严重程度；评估产后 4 小时是否排尿，评估产后是否存在便秘的症状；评估有无平坦或凹陷乳头，乳房胀痛或乳汁淤积的程度 | 3  |    |    |    |
|                | 3. 评估产妇的心理-社会支持状况，注意评估产妇对分娩经历的感受、产妇的自我形象、母亲的行为、对孩子的看法等心理状态；评估家庭氛围、同事关系等社会支持   | 2  |    |    |    |
|                | 4. 评估产妇对母乳喂养技能的掌握程度   | 2  |    |    |    |
| 护理问题<br><10 分> | 1. 焦虑：与担心胎儿能否保住和胎儿健康等因素有关   | 5  |    |    |    |
|                | 2. 有感染的危险：与阴道出血等因素有关  | 5  |    |    |    |
| 护理目标<br><10 分> | 1. 焦虑：与担心新生儿进食、产褥期恢复预后有关  | 1  |    |    |    |
|                | 2. 有感染的危险：与阴道出血等因素有关  | 2  |    |    |    |

| 考核内容          | 考核点及评分要求   | 分值 | 扣分 | 得分 | 备注 |
|---------------|--|----|----|----|----|
|               | 3. 舒适的改变：与产后宫缩痛、会阴切开及恶露有关  | 2  |    |    |    |
|               | 4. 母乳喂养低效或无效：与会阴伤口疼痛、母乳喂养技能不熟练及母乳供给不足有关  | 2  |    |    |    |
|               | 5. 知识缺乏：缺乏产褥期保健知识  | 1  |    |    |    |
|               | 6. 有感染的危险：与会阴切开、红肿有关   | 2  |    |    |    |
| 护理措施<br><40分> | 1. 心理护理：①与产妇建立良好的关系，尊重产妇。②促进产妇产后心理调试，精神放松，提供帮助，主动为产妇及孩子提供日常生活护理。③对产妇及其家属讲解自我护理及新生儿护理的相关知识，常见问题如乳房胀痛、宫缩痛的情况的处理方法，减轻心理负担，缓解焦虑心情  | 6  |    |    |    |
|               | 2. 一般护理：①提供良好的修养环境，温湿度适宜，定时通风换气，避免对流风直接吹到产妇身上而导致着凉。②保持床单位的整洁、干燥，及时及时更换会阴垫。③指导产妇有足够的营养和充足的睡眠，产后食物应富含营养、足够热量和水分。哺乳产妇应多进蛋白质及热量丰富的食物，多吃汤汁食物，并适当补充维生素和铁剂。④保持大小便通畅，尤其是产后4小时内要鼓励产妇排尿以免发生产后尿潴留。温开水冲洗外阴、诱导、热敷下腹部、针灸等促进排尿，必要时导尿等方法。鼓励产妇早下床活动，多饮水，摄入适量的蔬菜和含纤维素食物，促进大便通畅，短期内可使用缓泻剂。⑤产后6~12小时可下床轻微活动，产后24小时可在室内随意走动，并开始循序渐进做产后保健操 | 6  |    |    |    |
|               | 3. 加强监护，预防并发症：①预防产后出血：严密观察产妇生命体征、子宫收缩情况及阴道出血情况，注意子宫底高度及膀胱是否充盈，尤其是产后2小时内。每次观察均应按压宫底排出积血。若发现宫缩异常应及时排空膀胱、按摩子宫，按医嘱给予宫缩剂。②预防感染：观察生命体征，每日测量体温、脉搏、呼吸、血压3次；观察子宫复旧及恶露，每日手测子宫底高度了解子宫复旧情况，观察恶露的量、颜色和气味；测前嘱产妇排尿  | 6  |    |    |    |
|               | 4. 宫缩痛护理：指导产妇及其家属，宫缩痛是产褥早期因子宫收缩时引起的下腹部阵发性剧烈疼痛，产后1~2天出现，持续2~3天会自然消失，哺乳时因反射性缩宫素分泌增多使得疼痛加剧，不需要特殊用药。让产妇及其家属了解宫缩痛出现的原因，减少产妇的困惑及无助感，提高应对宫缩痛的勇气   | 6  |    |    |    |
|               | 5. 会阴护理：①勤换会阴垫、内裤，大便后用水清洗，保持会阴部清洁，用0.05%聚维酮碘液或0.2%苯扎溴会阴擦洗每日2~3次。②会阴水肿的产妇，遵医嘱予50%MgSO <sub>4</sub> 会阴湿热敷，产后24小时后用远红外线灯照射，每日2次，促进水肿的消退及伤口愈合；会阴局部硬结：大黄、芒硝外敷。③嘱产妇取会阴伤口对侧卧位，观察切口有无红肿、硬结及分泌物，若伤口感染，应提前拆线引流，并定时换药   | 5  |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求  | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|---|-----|----|----|----|
|                 |             | 6. 乳房护理：①第一次哺乳前用温水清洁乳头和乳晕，清洗双手。②乳房胀痛护理，指导产妇正确的哺乳姿势，早哺乳，按需哺乳，哺乳时先吸吮胀痛严重的一侧，哺乳后将剩余乳汁吸出；哺乳前热敷乳房3~5分钟，两次哺乳间冷敷乳房以减少局部充血、肿胀或用生面饼外敷；哺乳前从乳房边缘向乳头按摩，促进乳腺管畅通              | 5   |    |    |    |
|                 |             | 7. 母乳喂养指导：①进行母乳喂养知识和技能的评估，鼓励并指导母乳喂养。②母婴同室，保证充足吸吮，指导保持正确的母乳喂养方法。③告知产妇及其家属喂养的次数及时间、新生儿有效吸吮的指征、母乳喂养的注意事项。④母乳不足时，指导产妇及其家属正确的哺乳方法，调节饮食，多喝汤，按需哺乳、坚持夜间哺乳，鼓励产妇树立母乳喂养的信心 | 6   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 产妇情绪是否稳定，是否主动参与新生儿及自我护理  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 2. 产后宫缩痛是否2天后自然消失   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 产妇产会阴水肿是否消退，舒适度是否增加  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 产妇在喂养新生儿后身体是否舒适，新生儿体重增长是否正常  | 2   |    |    |    |
|                 |             | 5. 产妇是否了解产褥期自我护理及新生儿护理要点  | 1   |    |    |    |
|                 |             | 6. 产妇体温是否正常，是否发生感染  | 1   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练  | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通  | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育  | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |   | 100 |    |    |    |

## 任务2：母乳喂养指导评分细则

表3 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 |
|----------------|---|---------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 产妇及婴儿<br><9分>                                     | 1. 产妇对母乳喂养的认识与配合程度  | 3  |    |    |    |
|                |   | 2. 评估婴儿情况，有无母乳喂养禁忌症 | 3  |    |    |    |
|                |   | 3. 评估产妇有无母乳喂养禁忌症    | 3  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 符合母乳喂养要求            | 2  |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>                                       | 1. 衣帽整洁，佩戴挂表        | 2  |    |    |    |
|                |   | 2. 洗手/消毒手方法正确       | 2  |    |    |    |
| 用物<br><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                   |    |    |    |    |
| 实施<6           | 产妇洗手  | 1. 指导产妇洗手           | 2  |    |    |    |

| 考核内容              |                     | 考核点及评分要求                     | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-------------------|---------------------|------------------------------|-----|----|----|----|
| 0分                | <4分>                | 2. 指导产妇必要时清洁乳头及乳晕            | 2   |    |    |    |
|                   | 指导哺乳体位<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><8分>       | 1. 指导产妇哺乳后抱婴儿体位正确，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                            |     |    |    |    |
| 评价<br><20分>       | 技能<br><10分>         | 1. 操作规范，动作熟练，指导有效            | 3   |    |    |    |
|                   |                     | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止 | 5   |    |    |    |
|                   |                     | 3. 着装规范、符合要求                 | 2   |    |    |    |
|                   | 素养<br><10分>         | 1. 举止大方、无多余动作                | 3   |    |    |    |
|                   |                     | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人            | 4   |    |    |    |
|                   |                     | 3. 健康指导内容和方式正确               | 3   |    |    |    |
| 总分                |                     |                              | 100 |    |    |    |

## 项目 2：成人护理

### 1. 试题编号：3-2-1 糖尿病病人的护理

#### (1) 任务描述

李某，男，56岁，环卫工，身高170cm，体重55 kg，诊断为2型糖尿病。近期血糖控制欠佳，出现多尿、多饮、体重减轻，空腹血糖在7.0mmol/L以上。



任务 1: 请对病人进行护理评估, 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: 请为病人制定中餐食谱。

## (2) 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 (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。                                    |                   |
| 用物   | (1) 手消毒液; (2) 食材; (3) 计算器; (4) 食物交换份表; (5) 草稿纸; (6) 病历本; (7) 笔; (8) 食物秤; (9) 桌椅; (10) 志愿者 (学校随机指定); (11) 生活垃圾桶 | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。  |                   |

## (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

任务 2: 糖尿病病人食谱制定: 40 分钟 (其中用物准备 5 分钟, 操作 35 分钟)。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求  | 分值  | 权重  |
|----|-----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析   | 100 | 40% |
| 2  | 糖尿病病人食谱制定 | 100 | 60% |

### 2) 评分细则

任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|----------------|--------------|----|----|----|----|
| 护理评估<br><10 分> | 询问病人现在有无并发症? | 10 |    |    |    |

| 考核内容            |             | 考核点及评分要求                       | 分值  | 扣分 | 得分 | 备注 |
|-----------------|-------------|--------------------------------|-----|----|----|----|
| 护理问题<br><10分>   |             | 1. 营养失调：低于机体需要量 与胰岛素缺乏所致代谢紊乱有关 | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 有感染的危险 与蛋白质代谢紊乱所致抵抗力下降有关    | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 知识缺乏 缺乏糖尿病治疗和自我管理知识         | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 潜在并发症：酮症酸中毒、低血糖             | 3   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 病人营养状态得到改善，体重恢复或接近正常        | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人住院期间未发生感染或发生时得到及时发现和控制    | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 病人能说出糖尿病治疗及自我管理的相关知识        | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 病人不发生并发症                    | 3   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 指导病人控制饮食，制定总热量              | 6   |    |    |    |
|                 |             | 2. 选择轻中度的有氧运动，如步行、健身操、游泳等      | 6   |    |    |    |
|                 |             | 3. 监测血糖、体重等，有无并发症              | 6   |    |    |    |
|                 |             | 4. 指导正确用药，观察疗效及不良反应            | 6   |    |    |    |
|                 |             | 5. 关心和理解病人，耐心倾听，多交流多沟通         | 4   |    |    |    |
|                 |             | 6. 注意个人卫生，预防感染                 | 6   |    |    |    |
|                 |             | 7. 对病人进行有效指导，包括饮食、运动、监测、药物等    | 6   |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 病人营养状态是否得到改善，体重恢复或接近正常      | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 病人住院期间是否发生感染或发生时得到及时发现和控制   | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 病人能否说出糖尿病治疗及自我管理的相关知识。      | 2   |    |    |    |
|                 |             | 4. 病人有无发生并发症                   | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整                     | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范，熟练                   | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通       | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育         | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |                                | 100 |    |    |    |

## 任务2：糖尿病病人食谱制定评分细则

表3 糖尿病病人食谱制定评分标准

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

| 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<br><18分> | 病人<br><7分>  | 1. 核对病人信息                    | 2   |    |    |    |
|                |   | 2. 向病人解释其重要性并取得合作            | 2   |    |    |    |
|                |   | 3. 评估病人病情、意识、饮食嗜好            | 3   |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>  | 清洁、宽敞、明亮、安静                  | 2   |    |    |    |
|                | 操作者<br><4分>                                       | 1. 着装整洁，端庄大方                 | 1   |    |    |    |
|                |   | 2. 手上无饰品，指甲已修剪，洗手，戴口罩        | 3   |    |    |    |
| 用物<br><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；按操作先后顺序放置 | 5                            |     |    |    |    |
| 实施<br><70分>    | 1. 计算标准体重正确                                       | 6                            |     |    |    |    |
|                | 2. 判断体型   | 8                            |     |    |    |    |
|                | 3. 判断体力劳动程度                                       | 8                            |     |    |    |    |
|                | 4. 计算每天所需总热量                                      | 10                           |     |    |    |    |
|                | 5. 换算食品交换份数                                       | 5                            |     |    |    |    |
|                | 6. 进餐分配   | 15                           |     |    |    |    |
|                | 7. 中餐食材的选择与准备                                     | 16                           |     |    |    |    |
|                | 8. 整理用物   | 2                            |     |    |    |    |
| 评价<br><12分>    | 技能<br><10分>                                       | 1. 操作规范，动作熟练                 | 5   |    |    |    |
|                |   | 2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止 | 5   |    |    |    |
|                | 素养<br><10分>                                       | 1. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人            | 5   |    |    |    |
|                |   | 2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适     | 5   |    |    |    |
| 总分             |   |                              | 100 |    |    |    |

### 项目3：老年护理

#### 1. 试题编号：3-3-1 骨质疏松病人的护理

##### (1) 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用助行器行走。临床诊断：骨质疏松。

任务 1：请对张某进行护理评估，并提出主要的护理问题，从病情观察、协助治疗、心理护理、人文沟通及教育等方面针对首优护理问题提出有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务 2：请指导患者进行跌倒的预防。

## (2) 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   |                   |
| 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   | (1) 跌倒评估单、笔；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 血压计；(5) 听诊器；(6) 表(有秒针)；(7) 治疗盘、弯盘；(8) 病历本、记录本；(9) 手消毒剂(用物可按需准备) | 工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备 |
| 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。   |                   |

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：跌倒的预防：40 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 30 分钟）。

## (4) 评分标准

### 1) 评分权重分配

表 1 评分权重分配表

| 序号 | 考核点及评分要求 | 分值  | 权重  |
|----|----------|-----|-----|
| 1  | 案例评估与分析  | 100 | 40% |
| 2  | 跌倒预防的护理  | 100 | 60% |

### 2) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 2 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 |
|-----------------|-------------|--|-----|----|----|----|
| 护理评估<br><10分>   |             | 1. 询问患者现在还有无身体疼痛?                                  | 3   |    |    |    |
|                 |             | 2. 询问患者有无心悸气促?                                     | 2   |    |    |    |
|                 |             | 3. 询问患者有无头晕乏力?                                     | 3   |    |    |    |
|                 |             | 4. 询问患者有无焦虑不安?                                     | 2   |    |    |    |
| 护理问题<br><10分>   |             | 1. 活动力下降 与体内血钙的供需失调有关                              | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 周身疼痛不适 与单位体积内骨组织量减少, 骨质强度下降, 抗外力作用下降有关          | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 驼背 与椎体骨质疏松压缩变形、脊柱前倾, 背屈加剧, 形成驼背                 | 3   |    |    |    |
| 护理目标<br><10分>   |             | 1. 活动能力和耐力逐渐增强                                     | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 未发生并发症, 未出现骨折等                                  | 5   |    |    |    |
| 护理措施<br><40分>   |             | 1. 生活护理: 可适当进行肢体活动, 可进食富含钙质饮食, 清淡易消化, 避免过饱, 保持大便通畅 | 15  |    |    |    |
|                 |             | 2. 可服用补充钙质药物                                       | 15  |    |    |    |
|                 |             | 3. 心理护理: 简要解释疾病过程, 减轻病人的心理负担, 缓解焦虑心情               | 10  |    |    |    |
| 护理效果评价<br><10分> |             | 1. 活动能力和耐力是否逐渐增强                                   | 4   |    |    |    |
|                 |             | 2. 有无发生并发症   | 3   |    |    |    |
|                 |             | 3. 能否配合训练  | 3   |    |    |    |
| 评价<br><20分>     | 技能<br><10分> | 1 案例内容要素完整   | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 评估程序规范, 熟练                                      | 5   |    |    |    |
|                 | 素养<br><10分> | 1. 能对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通                        | 5   |    |    |    |
|                 |             | 2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育                             | 5   |    |    |    |
| 总分              |             |  | 100 |    |    |    |

## 任务 2: 跌倒的预防评分细则

表 3 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 |
|----------------|---------------|----------------------|----|----|----|----|
| 评估及准备<br><20分> | 病人<br><9分>    | 1. 核对医嘱              | 3  |    |    |    |
|                |               | 2. 核对病人              | 3  |    |    |    |
|                |               | 3. 评估病人心理状况, 解释并取得合作 | 3  |    |    |    |
|                | 环境<br><2分>    | 清洁、宽敞、明亮、安静, 符合评估要求  | 2  |    |    |    |
| 操作者<br><4分>    | 1. 衣帽整洁, 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<br><5分>        | 用物准备齐全：记录单，手消毒液，Morse 评分单。            | 5   |    |    |    |
| 实施<br><60分>        | 跌倒<br>评估<br><40分> | 1. 再次核对个人信息并进行有效沟通，病人放松               | 3   |    |    |    |
|                    |                   | 2. 评估方法合适，指导正确，病人安全                   | 2   |    |    |    |
|                    |                   | 3. 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） | 27  |    |    |    |
|                    |                   | 4. 记录评估结果                             | 3   |    |    |    |
|                    |                   | 5. 评估结果准确                             | 4   |    |    |    |
| 评估后<br>处理<br><20分> |                   | 1. 告知评估结果，并合理解释                       | 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  |    |    |    |
| 评价<br><20分>        | 技能<br><10分>       | 1. 病人安全、满意                            | 5   |    |    |    |
|                    |                   | 2. 操作规范，动作熟练、轻柔，评估结果准确                | 5   |    |    |    |
|                    | 素养<br><10分>       | 1. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适并有效           | 5   |    |    |    |
|                    |                   | 2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人                     | 5   |    |    |    |
| 总分                 |                   |                                       | 100 |    |    |    |