



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

专业技能抽考题库

专业名称：_____助产_____

专业代码：_____520202_____

所属专业群：_____护理专业群_____

永州职业技术学院

助产专业技能考核题库

根据《关于加强高职高专院校学生专业技能考核工作的指导意见》，参照护理专业的行业（企业）技术标准与技术规范，依据护理专业国家教学标准，结合学校专业特色和助产专业人才培养方案，科学制定助产专业技能考核标准。

一、专业名称及适用对象

专业名称：助产（专业代码：520202）

适用对象：在籍毕业年级学生

二、考核目标

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

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

三、考核内容

根据护士管理条例，护生毕业后必须通过护士执业资格考试才能申请执业护

士注册，也就才能在中国就业。国卫医发〔2018〕20号文件《关于促进护理服务业改革与发展的指导意见》提出：要健全护理服务体系，使护理服务供给更合理，有效提高孕妇护理、产妇护理、儿童护理和妇女保健与优生优育等专科护理服务能力，精准对接新时代人民群众多样化、差异化的健康需求。

本专业技能考核题库分为孕妇护理、产妇护理、儿童护理和综合护理四个模块，每个模块下以临床岗位典型工作任务为项目设置试题，每道题必含案例分析和2项护理技能，共37个试题，涵盖42个技能点，低难度试题占13.5%，高难度试题占24.3%。具体见表1。

表1 助产专业技能考核题库统计表

工作领域	模块名称	模块编号	项目名称	试题编号	测试技能点	难易程度		
						较难	中等	较易
专科护理	孕妇护理	M	妊娠期高血压患者的护理	M-1-1	护理评估		√	
					四部触诊		√	
					生命体征测量		√	
			妊娠期糖尿病患者的护理	M-1-2	护理评估		√	
					四部触诊		√	
					快速血糖的测定			√
			妊娠合并贫血患者的护理	M-1-3	护理评估		√	
					静脉血标本采集	√		
					口服给药			√
			胎盘早剥患者的护理	M-1-4	护理评估		√	
					胎儿电子监护		√	
					留置导尿（女性）	√		
			胎膜早破患者的护理	M-1-5	护理评估		√	
					胎儿电子监护		√	
					生命体征测量		√	
			前置胎盘患者的护理	M-1-6	护理评估		√	
					会阴擦洗			√
					密闭式静脉输液	√		
	产妇护理	E	正常分娩产妇的护理	E-2-1	护理评估		√	
					产程图绘制		√	
					自然分娩接产技术	√		
			胎位异常患者的护理	E-2-2	护理评估		√	
					外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套		√	
					会阴侧切缝合术	√		
羊水栓塞患者的护理			E-2-3	护理评估		√		
				新生儿窒息复苏	√			
				密闭式静脉输液	√			

			子宫破裂患者的护理	E-2-4	护理评估		√			
					留置导尿（女性）	√				
					新生儿窒息复苏	√				
			产褥期患者的护理	C-3-4	护理评估		√			
					母乳喂养指导		√			
					会阴擦洗			√		
			产后出血患者的护理	E-2-6	护理评估		√			
					生命体征测量		√			
					密闭式静脉输液	√				
	儿童护理	C	早产儿的护理	C-3-1	护理评估		√			
					暖箱护理			√		
					氧气吸入		√			
			足月儿的护理	C-3-2	护理评估		√			
					新生儿沐浴		√			
					新生儿抚触	√				
			新生儿呼吸窘迫综合征患儿护理	C-3-3	护理评估		√			
					暖箱护理			√		
					氧气吸入		√			
			新生儿黄疸患儿护理	C-3-4	护理评估		√			
					母乳喂养指导		√			
					静脉血标本采集	√				
			先心病患儿护理	C-3-5	护理评估		√			
					体格测量			√		
					超声雾化吸入		√			
			维生素D缺乏性佝偻病患儿的护理	C-3-6	护理评估		√			
					母乳喂养指导		√			
					肌肉注射	√				
腹泻患儿护理			C-3-7	护理评估		√				
				密闭式静脉输液	√					
				红臀的护理		√				
支气管肺炎患儿护理			C-3-8	护理评估		√				
				母乳喂养指导		√				
				电动吸引器吸痰（经口腔）		√				
综合护理			内科护理	L	支气管扩张患者的护理	L-4-1	护理评估		√	
							超声雾化吸入		√	
							体位引流			√
	肺炎患者的护理	L-4-2			护理评估		√			
					胸背叩击排痰		√			
					电动吸引器吸痰（经口腔）		√			
	慢阻肺患者的护理	L-4-3			护理评估		√			
					氧气吸入		√			
					呼吸功能训练			√		
	心肌梗死患	L-4-4			护理评估		√			

			者的护理		密闭式静脉输液	√		
					氧气吸入		√	
			风湿性心脏病患者的护理	L-4-5	护理评估		√	
					心脏评估（心瓣膜听诊）		√	
			急性胰腺炎患者的护理	L-4-6	护理评估		√	
					生命体征测量		√	
			糖尿病患者的护理	L-4-7	密闭式静脉输液	√		
					护理评估		√	
			甲亢患者的护理	L-4-8	胰岛素笔注射			√
					糖尿病患者食谱制定	√		
	外科护理		蛛网膜下腔出血患者的护理	L-4-9	护理评估		√	
					脑膜刺激征检查		√	
			心脏骤停患者的护理	L-4-10	口腔护理		√	
					护理评估		√	
			前列腺增生患者的护理	L-4-11	心肺复苏	√		
					密闭式静脉输液	√		
			胆石症患者的护理	L-4-12	护理评估		√	
					膀胱冲洗			√
			外伤患者腕关节包扎的护理	L-4-13	“T”管引流的护理		√	
					青霉素药物过敏试验	√		
			滴虫性阴道炎患者的护理	L-4-14	护理评估		√	
					生命体征测量		√	
			子宫颈癌患者的护理	L-4-15	四肢绷带包扎		√	
					护理评估		√	
			子宫脱垂患者的护理	L-4-16	青霉素药物过敏试验	√		
					生命体征测量		√	
			人流患者的护理	L-4-17	静脉血标本采集	√		
					生命体征测量		√	
			妇科护理		护理评估		√	
					口服给药			√
			子宫脱垂患者的护理	L-4-16	护理评估		√	
					生命体征测量		√	
			人流患者的护理	L-4-17	静脉血标本采集	√		
					生命体征测量		√	
			妇科护理		护理评估		√	
					肌肉注射	√		

(一)案例

专科护理领域一 孕妇护理

M-1-1 妊娠期高血压患者的护理

一、任务描述

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

任务1：请对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：请对王女士进行四部触诊。

任务3：请给王女士进行生命体征测量。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：四步触诊：20分钟(其中用物准备10分钟，操作10分钟)。

任务 3：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

- （1）健康史：孕 32 周时偶有头晕，心慌。
- （2）身体状况：水肿(++)，血压 160/110mmHg。
- （3）辅助检查：尿蛋白(+++)。

2. 护理问题

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

3. 护理目标

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

4. 护理措施

（1）一般护理

1) 保证休息：建议病人住院治疗。保证充分的睡眠每日休息不少于10小时，以左侧卧位为宜。

2) 调整饮食：食盐不必严格限制，指导孕妇进食富含蛋白质，维生素，铁，钙，锌等微量元素含量高的食物。

3) 密切监护母儿状态：询问孕妇是否出现头痛、视力改变、上腹不适等症状。每日测体重及血压，每日或隔日复查尿蛋白。定期监测胎儿发育状况和胎盘功能。

4) 间断吸氧：可增加血氧含量，改善全身主要脏器和胎盘的氧供。

（2）用药护理 首选硫酸镁。

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

(3) 健康教育

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

5. 护理评价：

(1) 孕妇妊娠期水肿得到控制。

(2) 孕妇明确孕期保健的重要性，配合产前检查及治疗。

(3) 孕妇在妊娠期病情缓解，未发生子痫及并发症。

任务2：见模块一 表3 M-3 四步触诊 评分标准

任务3：见模块一 表5 M-5 生命体征测量 评分标准

M-1-2 妊娠期糖尿病患者的护理

一、任务描述

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

任务1：请对邓女士进行护理评估，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：请对邓女士进行四步触诊。

任务3：请给邓女士进行快速血糖的测定。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟；

任务 2：四步触诊：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）健康史：自诉心悸，出汗，饥饿感，呕吐等症状。

（2）身体状况：胎心134次/分。

（3）辅助检查：空腹血糖：7.3mmol/L。

2. 护理问题：

（1）营养失调 与血糖代谢异常有关。

（2）知识缺乏 缺乏血糖监测、妊娠合并糖尿病自我管理等相关知识。

3. 护理目标

（1）孕妇及家人能够描述个体化饮食方案，体重增长保持正常范围。

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

4. 护理措施：

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

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

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

（4）合理用药 首选胰岛素治疗。

（5）心理支持 维护孕妇自尊，积极开展心理疏导。

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

5. 护理评价：

（1）孕妇及家人掌握饮食治疗原则，营养摄入满足营养需求，孕妇体重得

到有效控制，母婴健康。

(2) 孕妇血糖控制良好，无并发症发生。

任务 2：见模块一 表 3 M-3 四步触诊 评分标准

任务 3：见模块一 表 6 M-6 快速血糖测定 评分标准

M-1-3 妊娠合并贫血患者的护理

一、任务描述

林女士，30 岁，停经 38+3 周，下腹阵痛 1+小时，于 2022-11-02 04: 22 入院。入院时见：面色苍白，自诉全身乏力，有下腹阵痛，伴阴道见红及阴道流液。查体：生命体征正常，心肺听诊无异常，腹隆如孕周，双下肢水肿 (-)。专科：宫高：33cm，腹围：87cm，估计胎儿体重：3.0kg，胎心音：148 次/分，规则。宫缩：强，30 秒/4 分钟。骨盆外测量：24-25-19-9cm。阴检：宫口开大 2cm，宫颈管消退：100%，宫颈质软，胎先露：头，S-3，LOA，已入盆，已破膜，羊水清，PH>7，孕期血常规提示 HGB 波动在 94-105 g/L。复查血常规：血红蛋白(HGB): 87g/L ↓；红细胞：3.0X10¹²/L。诊断为：妊娠合并贫血。

任务 1：请对林女士进行护理评估，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：请对林女士进行静脉血标本采集。

任务 3：请给林女士进行口服给药。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 模拟人；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	静脉血标本采集用物： (1) 注射盘(内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾)；(2) 真空采血针；(3) 真空采血管；(4) 一次性手套；(5) 一次性止血带；(6) 化验单、笔；(7) 弯盘；(8) 锐器盒；(9) 手消毒剂；(10) 病历本及护理记录单(按需准备) 口服给药用物： (1) 服药本；(2) 药车或药盘；(3) 小药卡；(4) 药杯；(5) 药匙(按需准备)；(6) 量杯(按需准备)；(7) 滴管(按需准备)；(8) 研钵(按需准备)；(9) 湿纱布(按需准备)；(10) 治疗巾；(11) 水壶内备温开水；(12) 盛小药杯的小桶；(13) 一次性水杯(按需准备)	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

任务 3：口服给药：16 分钟（其中用物准备 8 分钟，操作 8 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）健康史：停经 38+3 周，下腹阵痛 1+小时，面色苍白，自诉全身乏力。

（2）身体状况：有下腹阵痛，伴阴道见红及阴道流液。

（3）辅助检查：血红蛋白(HGB)：87g/L↓；红细胞： $3.0 \times 10^{12}/L$ 。

2. 护理诊断：

（1）活动无耐力 与妊娠后期子宫增大，负担加重有关。

（2）有受伤的危险 与贫血引起头晕、眼花有关。

（3）胎儿生长受限 与母体贫血致宫内缺氧等有关。

（4）有感染的危险 与贫血使机体抵抗力降低有关。

（5）焦虑 与担心未知的妊娠结果有关。

3. 护理目标

（1）产妇能保持良好的活动平衡，使活动耐力逐渐增加。

（2）产妇孕产期避免发生突发事件。

（3）孕产期胎儿受伤的风险降低。

（4）产妇孕产期间未发生感染。

（5）产妇孕产期情绪稳定。

4. 护理措施：

（1）为产妇提供舒适的环境，使产妇睡眠充足。改变体位动作缓慢，避免头晕跌倒。

（2）为产妇提供高热量、高维生素、高蛋白，富含铁的食物，如瘦肉、鱼动物肝脏等食物。

（3）积极改善母体缺血状况，可遵医嘱给予铁剂治疗，用药后及时观察药物疗效。

(4) 密切监测胎心音的变化，如出现异常，例如胎心音 <110 次/分或 >160 次/分，应及时告知医生处理。

(5) 尽量使用软牙刷等，避免口腔出血。养成良好的卫生习惯，做好皮肤的护理，经常使用温水擦浴，保持好皮肤的清洁。

(6) 心理支持 维护孕妇自尊，积极开展心理疏导。

5. 护理评价：

(1) 产妇保持良好的活动平衡，孕产期时能严格控制活动量。

(2) 产妇孕产期无突发事件发生。

(3) 孕产妇孕产期胎儿未受伤。

(4) 孕产期内产妇未发生感染。

(5) 产妇情绪平稳，无焦虑情绪。

任务 2：见模块三 表8 C-8 静脉血标本采集 评分标准

任务 3：见模块四 表6 L-6 口服给药 评分标准

M-1-4 胎盘早剥患者的护理

一、任务描述

李女士，29岁，停经35周，下腹疼痛2小时，急诊入院。患者停经40天左右尿HCG阳性，诊断为早孕，孕期定期产检，孕32周时检查血压偏高(145/95 mmHg)，今晨突然出现腹部剧烈疼痛，伴恶心、呕吐，出冷汗。查体：T：36.7℃，P：96次/min，R：20次/min，BP：165/110 mmHg，宫底在剑突下两横指，板状硬，腹部压痛明显，胎位不清，胎心不清。床旁B超：子宫与胎盘间有液性暗区。诊断为：胎盘早剥。

任务 1：请对李女士进行护理评估，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：请对李女士进行胎儿电子监护。

任务 3：请给李女士进行留置导尿（女性）。

二、实施条件

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

类型	实施条件	备注
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) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	胎儿电子监护用物： 胎儿电子监测仪、医用耦合剂、电源、记录纸、75% 乙醇、手消毒剂 留置导尿（女性）用物： (1) 无菌导尿包(内装止血钳 2 把、弯盘、治疗碗、一个小药杯内置棉球数个、一个空小药杯、石蜡油棉球瓶、纱布数块、孔巾 1 块)；(2) 留置导尿管 1 根；(3) 集尿袋 1 个；(4) 无菌手套 2 副；(5) 皮肤消毒液；(6) 会阴消毒包(内装治疗碗、弯盘、止血钳 1 把、棉球数个)；(7) 无菌持物钳及筒；(8) 生理盐水及注射器；(9) 一次性垫巾；(10) 大浴巾；(11) 便盆及便盆巾（按需准备）；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）；(13) 尿管标识贴；(14) 手消毒剂；(15) 锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：胎儿电子监护：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：留置导尿（女性）：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 健康史：突然出现腹部剧烈疼痛，伴恶心、呕吐，出冷汗。

(2) 身体状况：查体：T：36.7℃，P：96 次/min，R：20 次/min，BP：165/110 mmHg，宫底在剑突下两横指，板状硬，腹部压痛明显，胎位不清，胎心不清。

(3) 辅助检查：床旁 B 超：子宫与胎盘间有液性暗区。

2. 护理问题：

(1) 有休克的危险 与胎盘早剥出血有关。

(2) 恐惧 与胎盘早剥起病急、进展快，危及母儿生命有关。

(3) 潜在并发症：产后出血、羊水栓塞、DIC 等。

3. 护理目标

(1) 产妇出血得到控制，生命体征平稳。

(2) 产妇自诉恐惧感减轻，能积极配合治疗和护理。

(3) 产妇住院期间未发生严重并发症。

4. 护理措施:

(1) 出现休克征象应迅速建立静脉通路, 积极补充血容量。为防止 DIC 发生, 应遵医嘱及时输入足量的新鲜血, 纠正血容量的同时补充凝血因子。

(2) 密切观察病情变化, 及时发现并发症, 做好抢救准备。

(3) 做好终止妊娠的准备。

(4) 预防产后出血, 及时给予缩宫素, 按摩子宫, 必要时做好切除子宫的术前准备。

(5) 鼓励家属多陪伴、关心、体贴患者, 以缓解其焦虑或悲伤的情绪。

(6) 健康教育 定期检测血压, 积极治疗, 避免腹部外伤。

5. 护理评价:

(1) 患者出血得到控制, 生命体征平稳。

(2) 患者恐惧感减轻, 能积极配合治疗和护理。

(3) 患者住院期间未发生严重并发症。

任务 2: 见模块一 表 4 M-4 胎儿电子监护用物 评分标准

任务 3: 见模块二 表 4 E-4 留置导尿(女性) 评分标准

M-1-5 胎膜早破患者的护理

一、任务描述

姚女士, 女, 29, 停经 9+月, 阴道流液伴稍感腹胀 40+分钟, 于 2022-11-15 7: 22 入院. 体格检查: T:36.3℃ P:90 次/分 R:20 次/分 BP:110/70mmHg

专科情况: 腹膨隆如 9 个余月妊娠大小, 宫高/腹围: 34/102cm, 头先露, 已入盆, 胎心 120 次/分, 宫缩不规则。阴道检查: 宫口容一指, 后位, 质软, 容受 70%, 先露头居 S-1, 胎膜已破, 羊水清凉, 阴道液 PH 值: 7.0。医疗诊断: 胎膜早破。

任务 1: 请对姚女士进行护理评估, 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: 请对姚女士进行胎儿电子监护。

任务 3: 请给姚女士进行生命体征测量。

二、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) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	胎儿电子监护用物： 胎儿电子监测仪、医用耦合剂、电源、记录纸、75% 乙醇、手消毒剂 生命体征测量用物： (1)治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计(水银柱甩至 35℃以下)；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子血压计；(4) 听诊器（按需准备）；(5) 表(有秒针)；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：胎儿电子监护：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 健康史：停经 9+月，阴道流液伴稍感腹胀 40+分钟。

(2) 身体状况：腹膨隆如 9 个余月妊娠大小，宫高/腹围：34/102cm，头先露，已入盆，胎心 120 次/分，宫缩不规则。阴道检查：宫口容一指，后位，质软，容受 70%，先露头居 S-1，胎膜已破，羊水清凉。

(3) 辅助检查：阴道检查：宫口容一指，后位，质软，容受 70%，先露头居 S-1，胎膜已破，羊水清亮。阴道液 PH 值：7.0。

2. 护理问题：

(1) 疼痛 与产后宫缩有关。

(2) 生活自理缺陷 与胎膜早破需要卧床有关。

(3) 有感染的危险 与胎膜破裂后，细菌、病毒上行感染有关。

(4) 焦虑 与担心未知的妊娠结果有关。

(5) 潜在并发症：脐带脱垂等风险。

3. 护理目标：

(1) 孕产妇住院期间疼痛感缓解或消失。

- (2) 卧床期间孕产妇的基本生活得到满足。
- (3) 孕产妇无感染征象或感染被及时发现，体温、白细胞计数无异常。
- (4) 孕产妇情绪稳定，焦虑减轻。
- (5) 孕产妇住院期间未发生潜在并发症。

4. 护理措施：

(1) 遵医嘱给与药物缓解疼痛，并协助其取舒适体位。指导患者家属给予孕产妇背部、腰部进行按摩

(2) 加强孕产妇的疾病观察，及时发现孕产妇的生活需要，将生活用品及呼叫铃放置孕产妇触手可及的地方，协助孕产妇的各种生活护理，例如（进食、穿脱衣服、大小便等）

(3) 密切观察体温、脉搏、阴道流液性状和白细胞计数。保持外阴的清洁，勤换护理垫，便后及时擦洗。遵医嘱给予抗生素和缩宫素滴注，滴注过程中严密观察孕产妇及胎儿情况。

(4) 指导孕产妇卧床休息，取左侧卧位，必要时抬高臀部。勤听胎心音，发现异常及时报告医生。

(5) 多与孕产妇交流，鼓励孕产妇说出自己内心的担心和心理感受。

5. 护理评价：

- (1) 孕产妇住院期间疼痛感缓解或消失。
- (2) 卧床期间孕产妇的基本生活得到满足。
- (3) 孕产妇无感染征象或感染被及时发现，体温、白细胞计数无异常。
- (4) 孕产妇情绪稳定，焦虑减轻。
- (5) 孕产妇住院期间未发生潜在并发症。

任务2：见模块一 表4 M-4 胎儿电子监护用物 评分标准

任务3：见模块一 表5 M-5 生命体征测量 评分标准

M-1-6 前置胎盘患者的护理

一、任务描述

王女士，女，29岁，孕5产0。因停经37周，阴道流血2小时急诊入院。孕妇于4个月前行产前检查一次，未发现异常，今晨6:00突然出现阴道出血，量约500ml，无腹痛等不适，于8:00急诊入院。体查：T36.6℃，P104次/分，

R20 次/分，Bp90/60mmHg，心肺检查无异常，腹隆如足月妊娠大小，肝脾扪诊不满意，双下肢无水肿。产科检查：宫高 30cm，腹围 88cm，胎方位 RSA，胎心率 160 次/分，无宫缩。B 超检查诊断为：部分性前置胎盘。入院后急诊行剖宫产术。

任务 1：请对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：请对王女士进行会阴擦洗。

任务 3：请给王女士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	
用物	<p>会阴擦洗用物：(1) 一次性无菌会阴垫；(2) 一次性手套 1 副；(3) 无菌包（内含会阴擦洗盘 1 个，盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或止血钳 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</p> <p>密闭式静脉输液用物：(1) 一次性密闭式输液器；(2) 输液架；(3) 剪刀；(4) 皮肤消毒剂；(5) 无菌棉签；(6) 弯盘；(7) 一次性止血带；(8) 瓶签；(9) 输液溶液；(10) 输液贴；(11) 小枕及一次性垫巾；(12) 笔；(13) 输液卡；(14) 手消毒剂；(15) 夹板和绷带（按需准备）；(16) 一次性手套（按需准备）；(17) 急救盒（按需准备）；(18) 病历本及护理记录单（按需准备）</p>	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：会阴擦洗：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 健康史：孕 5 产 0，因停经 37 周，阴道流血 2 小时。

(2) 身体状况：体查：T36.6℃，P104 次/分，R20 次/分，Bp90/60mmHg，心肺检查无异常，腹隆如足月妊娠大小，肝脾扪诊不满意，双下肢无水肿。产科检

查：宫高30cm，腹围88cm，胎方位RSA，胎心率160次/分，无宫缩。

(3) 辅助检查：B超检查诊断为：部分性前置胎盘。

2. 护理问题：

(1) 组织灌注量不足 与阴道出血有关。

(2) 恐惧 与出血所致休克，危及母婴生命有关。

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

(4) 潜在并发症：产后出血、胎儿窘迫。

3. 护理目标：

(1) 孕妇住院期间组织灌装充足，未发生阴道出血。

(2) 孕妇恐惧心理有所改善，情绪逐渐稳定。

(3) 孕妇住院期间不发生感染。

(4) 孕妇住院期间不发生后出血、胎儿窘迫等并发症。

4. 护理措施：

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

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

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

(4) 在治疗过程中，给予孕妇适当的信息，使其对病情有所了解，增加信任感。

(5) 鼓励家属给予爱的表达。

(6) 指导孕妇使用放松术，如听音乐、看书报、与同室产妇交谈等。

(7) 必要时遵医嘱使用镇静剂。

5. 护理评价：

(1) 孕妇住院期间组织灌装充足，未发生阴道出血。

- (2) 孕妇恐惧心理有所改善，情绪逐渐稳定。
- (3) 孕妇住院期间不发生感染。
- (4) 孕妇住院期间不发生后出血、胎儿窘迫等并发症。

任务 2：见模块二 表9 M-9 会阴擦洗 评分标准

任务 3：见模块四 表7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

专科护理领域二 产妇护理

E-2-1 正常分娩产妇的护理

一、任务描述

李女士，30岁，孕3产1，因“停经9月+，阵发性腹痛3小时”入院。平素月经规则，停经50天左右出现恶心，呕吐等早孕反应，孕四月自感胎动至今，孕中、晚期无阴道流水及流血史，无头疼，头晕等症状，孕期顺利。三小时前感腹疼，随来我院，入院查体：T 36.5℃、P：82次/分、R：21次/分、BP：110/70mmgh 一般情况可，腹部隆起符合妊娠月份。产科检查：骨盆内外测量各径线正常，宫高：31cm，腹围：100cm，先露：头，胎位：LOA，胎心率：144次/分，胎儿体重3500克，现规律宫缩，宫颈长约：1.5cm，容受三指。先露高低-2胎膜情况：未破，骶骨凹度：中弧，坐骨棘突：稍突，坐骨间径：约8.5cm，坐骨切迹：容三横指，阴道壁潮红，阴道内有多量白带。B超示：晚孕，单胎，存活，头位。

任务 1：请对产妇进行护理评估，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：请对产妇进行产程图绘制。

任务 3：请给产妇进行自然分娩接产技术。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	产程图绘制用物： 病历夹、产程图记录纸、蓝色水笔、红色水笔、直尺 自然分娩接产技术用物： 一次性无菌手术衣1件、灭菌产包1个（包内用物有聚血器1个、弯盘2个、血管钳3把、会阴侧切剪1把、线剪1把、脐带剪1把、小药杯1个、无菌小巾2块、带尾线纱布卷1个、洗耳球1	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学

类型	实施条件	备注
	个、纱布若干、棉球若干、棉签若干)、一次性护脐圈1个、无菌手套2双、吸痰管1根、5%聚维酮碘溶液或2.5%碘酊溶液、75%乙醇、病历本、笔	校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：产程图绘制：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：自然分娩接产技术：30分钟（其中用物准备15分钟，操作15分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 健康史：孕3产1，因停经39周+，阵发性腹痛3小时。

(2) 身体状况：体查：T 36.5℃、P：82次/分、R:21次/分、BP: 110/70mmgh 一般情况可，腹部隆起符合妊娠月份。产科检查：骨盆内外测量各径线正常，宫高：31cm，腹围：100cm，先露：头，胎位：LOA，胎心率：144次/分，胎儿体重3500克，现规律宫缩，宫颈长约：1.5cm，容受三指。先露高低-2，胎膜情况：未破，骶骨凹度：中弧，坐骨棘突：稍突，坐骨间径：约8.5cm，坐骨切迹：容三横指，阴道壁潮红，阴道内有多量白带。

(3) 辅助检查：B超检查：晚孕，单胎，存活，头位。

2. 护理问题：

(1) 疼痛 与逐渐增强的宫缩有关。

(2) 舒适度减弱 与子宫收缩、膀胱充盈、胎膜破裂有关。

(3) 焦虑 与担心自己及胎儿的安全有关。

(4) 潜在并发症：产后出血、新生儿窒息。

3. 护理目标：

(1) 产妇能正确认识并恰当应对分娩疼痛。

(2) 产妇能主动参与分娩过程，采取措施提高舒适度。

(3) 产妇情绪稳定，对分娩有信心。

(4) 住院期间未发生产后出血及新生儿窒息等。

4. 护理措施：

(1) 人文关怀：孕期开始对产妇进行健康教育，做分娩的预演，改变孕妇对分娩的不正确的认知，增强分娩的信心。分娩时给予陪伴与心理支持，必要时给予全身按摩或局部按摩。

(2) 一般护理：

1) 生命体征监测：观察产妇生命体征，血压应在宫缩间歇期4-6小时/次，对已破膜的产妇，每2小时/次测量体温。

2) 饮食指导：产程过程中，产妇体力消耗大，为保证分娩的顺利进行，应鼓励产妇在宫缩间歇期少量多次进食高热量、易消化、清淡饮食。

3) 休息与活动：临产时指导其采取舒适卧位，宫缩不强且未破膜时，鼓励产妇离床活动，利于产程进展，若出现胎膜已破、异常出血等特殊状况时，应卧床休息。

4) 排尿与排便：临产后，鼓励产妇2-4小时排尿一次，以免膀胱充盈影响宫缩及胎先露下降，产妇主诉有便意时，嘱产妇不要长时间屏气用力排便。

(3) 专科护理：严密监测胎心，观察宫缩，观察宫口扩张和胎头下降程度，根据疼痛评估的结果以及产妇的具体情况选择合适的分娩镇痛方法。如家属陪伴分娩、导乐分娩、水中分娩等或提供家庭化分娩室。

(4) 预防产后出血：胎盘胎膜娩出以后，应立即按摩子宫刺激其收缩以减少出血。

5. 护理评价：

(1) 产妇能积极应对分娩疼痛，疼痛感减轻。

(2) 产妇表示不适感减轻，能保持适当的休息与活动。

(3) 产妇在分娩过程中情绪稳定，能积极配合，对分娩有信心。

(4) 产妇未出现产后出血、新生儿无窒息。

任务 2：见模块二 表 3 E-3 产程图绘制 评分标准

任务 3：见模块二 表 6 E-6 自然分娩接产技术 评分标准

E-2-2 胎位异常患者的护理

一、任务描述

杨女士，26岁，初产妇，妊娠40周，宫缩3小时后收住院。入院检查：头先露，宫缩20~30秒/5分钟，胎心音142次/分，宫口开2.5cm，未破膜。骨

盆测量：髂棘间径 25cm，髂嵴间径 28cm，骶耻外径 18cm，坐骨结节间径 8.5cm。入院 4 小时，宫口开大 4cm，宫缩 20~30 秒 / 3~4 分钟。经积极处理后，于入院 10 小时宫口开全，宫缩 40~50 秒 / 2~3 分钟，阴道检查：胎膜已破，羊水淡绿色，矢状缝于骨盆横径上，耳廓在耻骨弓下，耳背朝向母体右侧，双顶径达坐骨棘水平下 2cm，胎心音 118 次 / 分。

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

任务 2：请完成外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套。

任务 3：请给患者进行会阴侧切缝合术。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套用物： (1) 洗手液（在有效期内）；(2) 外科手消毒剂（在有效期内）；(3) 干手纸/毛巾；(4) 收纳筐；(5) 计时装置；(6) 无菌手术衣（无破损）；(7) 无菌手套（型号正确）；(8) 无菌持物钳 会阴侧切缝合术用物： 灭菌会阴切开包 1 个（内含会阴侧切剪 1 把、线剪 1 把、持针器 1 把、有齿镊 1 把、无齿镊 1 把、血管钳 4 把、三角针 1 枚、圆针 1 枚、弯盘 2 个、小药杯 2 个、纱布若干、棉球若干、带尾线纱布卷 1 个）、一次性无菌手术衣 2 件、无菌手套 2 双、消毒剂、2-0 可吸收线 1 根、3-0 丝线 1 卷、病历本、笔	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套：24 分钟（其中用物准备 12 分钟，操作 12 分钟）。

任务 3：会阴侧切缝合术：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 健康史：初产妇，妊娠 40 周，宫缩 3 小时。

(2) 身体状况：头先露，宫缩20~30秒 / 5分钟，胎心音142次 / 分，宫口开2.5cm，未破膜。骨盆测量：髂棘间径25cm，髂嵴间径28cm，骶耻外径18cm，坐骨结节间径8.5cm。入院4小时，宫口开大4cm，宫缩20~30秒 / 3~4分钟。

(3) 辅助检查：阴道检查：胎膜已破，羊水淡绿色，矢状缝于骨盆横径上，耳廓在耻骨弓下，耳背朝向母体右侧，双顶径达坐骨棘水平下2cm，胎心音118次 / 分。

2. 护理问题：

(1) 有新生儿窒息的危险 与分娩因素异常有关。

(2) 焦虑 与产程延长，体力消耗有关。

(3) 潜在并发症：产道裂伤。

3. 护理目标：

(1) 新生儿没有发生窒息。

(2) 产妇能正视分娩障碍，与医护人员合作，接受分娩处理方案。

(3) 产程进展顺利，阴道助产得当，没有发生产道裂伤。

4. 护理措施：

(1) 第一产程

1) 潜伏期 以支持疗法为主，保证产妇充分营养和休息。如产妇精神紧张，睡眠欠佳，宫缩乏力，可予肌肉注射哌替啶或地西洋，使产妇得以充分休息后，宫缩常转好；进食少者可予静脉输液，以补充能量和液体。经上述处理后宫缩仍乏力者，应尽早静脉滴注缩宫素。

2) 活跃期 如产程停滞，排除明显头盆不称后，宫口开大6cm以上，可行人工破膜，观察羊水性状，促进产程进展。如宫缩欠佳，可予静脉滴注缩宫素。在宫口开全之前，嘱产妇不可用力屏气，以防宫颈水肿影响产程进展；如宫口扩张 $>1\text{cm/h}$ ，伴胎先露下降，则可能经阴道分娩，可继续试产。如经上述处理后，宫颈扩张缓慢 $<1\text{cm/h}$ 或停滞，或出现胎儿窘迫，应行剖宫产术结束分娩。

(2) 第二产程

宫口开全后先露下降缓慢或停滞，阴道检查胎头双顶径已达坐骨棘水平以下，可试行徒手旋转胎头成枕前位。若旋转成功，胎头继续下降，可等待自然分娩或行阴道助产。如向前旋转困难，也可向后转为正枕后位，以产钳助产。如胎头位

置偏高，可疑有头盆不称或徒手旋转胎位失败，应改行剖宫产术。

(3) 枕后位或枕横位阴道助产要点

1) 会阴切开时切口应够大，以防会阴严重撕裂。

2) 枕后位一般用产钳助产而不用胎头吸引器，因为枕后位时胎头俯屈不良，先露部为前囟，胎头吸引器的负压作用于此，易致新生儿颅内出血。

3) 枕横位如不能徒手转成枕前位，则以胎头吸引器助产为宜。胎头吸引器放置简便，旋转容易，可以一边旋转一边牵引，较易成功。

(4) 第三产程

因产程较长，容易发生产后宫缩乏力性出血，胎儿娩出后应立即肌内注射或静脉注射缩宫素，以促进子宫收缩和胎盘娩出；及时修补软产道裂伤；凡手术助产、软产道撕裂、产程较长、产程中多次阴道检查者，产后应予抗生素预防感染。

5. 护理评价：

(1) 未发生新生儿窒息。

(2) 产妇能与医护人员合作，接受分娩处理方案。

(3) 产程进展顺利，阴道助产得当，未发生产道裂伤。

任务 2：见模块二 表 5 E-5 外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套 评分标准

任务 3：见模块二 表 7 E-7 会阴侧切缝合术 评分标准

E-2-3 羊水栓塞患者的护理

一、任务描述

何女士，36 岁，孕 7 产 1，孕 36+3 周，因重度子痫前期入院。入院后给予解痉、降压等治疗，血压波动在 155~170 / 110~120mmHg，感头昏，无心慌、恶心。入院治疗 3 天后胎心率基线 100 次 / min，胎心监护报告“异常 NST”。立即在硬膜外麻醉下行剖宫产术，破膜后见羊水 II 度污染，约 1200mL，娩出一男婴，胎儿面色苍白、无自主呼吸，胎儿娩出后约 2 分钟产妇出现呛咳、抽搐、颜面青紫，血压下降为 70 / 40mmHg，心率 40 次 / min，子宫切口边缘广泛渗血，色暗红，不凝，考虑羊水栓塞。

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

任务 2：请对患儿进行新生儿窒息复苏。

任务 3：请给患者进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	新生儿窒息复苏用物： 吸痰管、无菌缸（内装洗耳球 1 个）、复苏气囊、面罩、听诊器、浴巾、肩垫、手消毒剂、无菌手套 2 双、75%乙醇纱布缸、新生儿包被、无菌持物钳及筒、病历本、笔 密闭式静脉输液用物： (1) 一次性密闭式输液器；(2) 输液架；(3) 剪刀；(4) 皮肤消毒剂；(5) 无菌棉签；(6) 弯盘；(7) 一次性止血带；(8) 瓶签；(9) 输液溶液；(10) 输液贴；(11) 小枕及一次性垫巾；(12) 笔；(13) 输液卡；(14) 手消毒剂；(15) 夹板和绷带（按需准备）；(16) 一次性手套（按需准备）；(17) 急救盒（按需准备）；(18) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：新生儿窒息复苏：13 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 8 分钟）。

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

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 健康史：孕 7 产 1，孕 36+3 周，因重度子痫前期入院。

(2) 身体评估：血压波动在 155~170 / 110~120mmHg，感头昏。入院治疗 3 天后胎心率基线 100 次 / min，胎心监护报告“异常 NST”。立即在硬膜外麻醉下行剖宫产术，破膜后见羊水 II 度污染，约 1200mL，娩出一男活婴。胎儿娩出后约 2 分钟产妇出现呛咳、抽搐、颜面青紫，血压下降为 70 / 40mmHg，心率 40 次 / min，子宫切口边缘广泛渗血，色暗红，不凝。

2. 护理问题：

(1) 气体交换受阻 与肺动脉高压、肺水肿有关。

(2) 组织灌注量不足 与弥散性血管内凝血及失血有关。

(3) 恐惧 与病情危重，濒死感有关。

(4) 潜在并发症：休克、肾功能衰竭、DIC。

3. 护理目标

- (1) 产妇胸闷、呼吸困难有所改善。
- (2) 产妇能维持体液平衡，生命体征平稳。
- (3) 产妇情绪稳定，并积极配合治疗与护理。
- (4) 住院期间产妇未发生潜在并发症。

4. 护理措施：

(1) 急救护理

- 1) 吸氧：取半卧位，加压给氧，必要时行气管插管或气管切开。
- 2) 配合医生进行抗过敏、解痉挛、抗休克、纠正酸中毒、纠正心力衰竭、纠正凝血功能障碍的治疗。

(2) 产程及病情监测

- 1) 监测产程进展，宫缩强度与胎心率变化，破膜者注意观察羊水性状，若出现胎儿窘迫征象，立即报告医生。
- 2) 观察出血量、血液凝固情况，如子宫出血不止，做好子宫切除术的术前准备。
- 3) 密切观察尿量，尿量减少时应及早补充血容量，如尿量仍少，遵医嘱及时给予利尿剂预防和治疗肾功能衰竭。
- 4) 严密监测生命体征，定时检查并记录。

(3) 心理护理 陪伴、鼓励、支持产妇，使其增强信心，相信自己的病情会得到控制。

(4) 健康指导 指导产妇加强营养，增强机体抵抗力，预防产褥期感染；产后42天复查时应做肾功能和凝血功能检查；保留子宫者，做好计划生育指导，想再生育者嘱其避孕1年。

5. 护理评价：

- (1) 住院期间产妇胸闷，呼吸困难改善或消失。
- (2) 住院期间产妇体液平衡，生命体征平稳。
- (3) 住院期间产妇情绪稳定，积极配合治疗与护理。
- (4) 住院期间产妇未发生潜在并发症。

任务 2: 见模块三 表 2 C-2 新生儿窒息复苏 评分标准

任务 3: 见模块四 表 7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

E-2-4 子宫破裂患者的护理

一、任务描述

李女士, 33 岁, 孕 4 产 1, 孕 39 周, ROA, 瘢痕子宫, 临产入院。诉规律性下腹疼痛 6 小时, 2 年前剖宫产 1 次。入院时胎心正常, 宫高 38cm, 腹围 101 cm, 宫缩强且频, 持续 60 秒, 间歇 30- 60 秒, 腹部平脐处有一环状凹陷, 下腹部压痛明显。测血压时产妇突然大叫, 诉腹部撕裂样剧痛, 后缓解, 立即测胎心为 90 次 / min, 血压 100/60mmHg。2 分钟后产妇再诉下腹疼痛, 拒按, 口唇发绀, 呼吸急速, 胎心、血压进行性下降, 急查血红蛋白 88g/L, 红细胞计数 $3.8 \times 10^{12}/L$ 。立即行剖宫产术, 剖出一男婴, 面色苍白、无自主呼吸。

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

任务 2: 请对患者留置导尿。

任务 3: 请对新生儿行新生儿窒息复苏。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	
资源	(1) 治疗台; (2) 病床; (3) 志愿者 (学校随机指定); (4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒; (5) 治疗车、治疗盘; (6) 屏风	
用物	留置导尿 (女性) 用物: (1) 无菌导尿包 (内装止血钳 2 把、弯盘、治疗碗、一个小药杯内置棉球数个、一个空小药杯、石蜡油棉球瓶、纱布数块、孔巾 1 块); (2) 留置导尿管 1 根; (3) 集尿袋 1 个; (4) 无菌手套 2 副; (5) 皮肤消毒液; (6) 会阴消毒包 (内装治疗碗、弯盘、止血钳 1 把、棉球数个); (7) 无菌持物钳及筒; (8) 生理盐水及注射器; (9) 一次性垫巾; (10) 大浴巾; (11) 便盆及便盆巾 (按需准备); (12) 病历本及护理记录单 (按需准备); (13) 尿管标识贴; (14) 手消毒剂; (15) 锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶 新生儿窒息复苏用物: 吸痰管、无菌缸 (内装洗耳球 1 个)、复苏气囊、面罩、听诊器、浴巾、肩垫、手消毒剂、无菌手套 2 双、75%乙醇纱布缸、新生儿包被、无菌持物钳及筒、病历本、笔	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

任务 3: 新生儿窒息复苏: 13 分钟 (其中用物准备 5 分钟, 操作 8 分钟)。

四、评分标准

1. 护理评估:

(1) 健康史: 孕 4 产 1, 孕 39 周, ROA, 瘢痕子宫, 临产入院。诉规律性下腹疼痛 6 小时, 2 年前剖宫产 1 次。

(2) 身体评估: 入院时胎心正常, 宫高 38cm, 腹围 101 cm, 宫缩强且频, 持续 60 秒, 间歇 30 ~ 60 秒, 腹部平脐处有一环状凹陷, 下腹部压痛明显。测血压时产妇突然大叫, 诉腹部撕裂样剧痛, 后缓解, 立即测胎心为 90 次 / min, 血压 100/60 mmHg。2 分钟后产妇再诉下腹疼痛, 拒按, 口唇发绀, 呼吸急速, 胎心、血压进行性下降。

(3) 辅助检查: 实验室检查: 血红蛋白 88g/L, 红细胞计数 $3.8 \times 10^{12}/L$ 。

2. 护理问题

(1) 疼痛 与病理性缩复环、子宫破裂有关。

(2) 组织灌注不足 与子宫破裂大出血有关。

(3) 预感性悲哀 与切除子宫及胎儿生命安危有关。

(4) 有感染的危险 与手术及大出血致机体抵抗力下降有关

3. 护理目标

(1) 产妇疼痛减轻。

(2) 产妇低血容量得到纠正, 生命体征恢复正常。

(3) 产妇情绪得到调整, 能积极配合治疗。

(4) 产妇住院期间不发生感染。

4. 护理措施

(1) 协助产妇采取中凹卧位, 给予吸氧、保暖并迅速建立静脉通道。

(2) 遵医嘱输液、输血抢救休克, 同时做好术前准备。

(3) 严密观察并记录生命体征和出入量。

(4) 术中、术后遵医嘱应用大剂量抗生素预防感染。

(5) 心理护理

- 1) 向产妇及家属解释子宫破裂的治疗护理和对再次妊娠的影响。
- 2) 对产妇及家属的悲伤情绪，应表示同情和理解，帮助其度过悲伤期。
- 3) 为产妇及家属提供舒适的环境，给予生活上的护理，更多的陪伴，鼓励其进食，以更好地恢复体力。

(6) 指导产妇术后进食营养丰富的食物，避孕2年后再孕，妊娠后应加强产前检查，提前入院待产。

5. 护理评价

1. 强直性子宫收缩得到抑制，产妇疼痛缓解。
2. 产妇血容量得到及时补充，血压、脉搏、尿量正常。
3. 产妇情绪稳定。
4. 产妇住院期间未发生感染。

任务 2：见模块二 表 4 E-4 留置导尿（女性）评分标准

任务 3：见模块三 表 2 C-2 新生儿窒息复苏 评分标准

E-2-5 产褥期患者的护理

一、任务描述

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

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

任务 2：请对王女士行母乳喂养指导。

任务 3：请为王女士进行会阴擦洗。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风	设备完好、准备齐全

类型	基本实施条件	备注
用物	<p>母乳喂养指导用物：（1）床单位；（2）婴儿床单位；（3）产妇（由主考学校准备志愿者）；（4）靠背椅；（5）踏板；（6）处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶；（7）哺乳抱枕；（8）屏风；（9）室温计</p> <p>会阴擦洗用物：（1）一次性无菌会阴垫；（2）一次性手套 1 副；（3）无菌包（内含会阴擦洗盘 1 个，盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或卵圆钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布）；（4）0.5%碘伏溶液；（5）洗手液</p>	操作者工作服、帽子、口罩等由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）健康史：会阴侧切分娩一活男婴。

（2）身体评估：产后 2 天，自诉下腹部阵发性胀痛，哺乳时加剧。查：T：37.3℃，P：84 次/分，BP：113/83mmHg，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。

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

2. 护理问题：

（1）疼痛 与产后宫缩痛、会阴伤口有关。

（2）舒适的改变 与产后宫缩痛、会阴切开及恶露有关。

（3）焦虑 与担心产褥期恢复预后有关。

（4）有感染的危险 与会阴切开有关。

3. 护理目标：

（1）产后宫缩痛 2-3 天逐渐减轻消失。

（2）产妇表示不适程度逐渐减轻。

(3) 产妇情绪逐渐稳定，能够配合治疗护理。

(4) 产妇会阴水肿逐渐消失，住院期间不发生感染。

4. 护理措施：

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

(2) 病情观察：密切监测生命体征变化，注意子宫收缩、宫底高度、恶露情况。

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

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

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

5. 护理评价：

(1) 产后宫缩痛 2 天后自然消失。

(2) 产妇产后 3 天会阴水肿消退，舒适度增加。

(3) 产妇情绪稳定，主动参与新生儿及自我护理。

(4) 产妇体温正常，住院期间未发生感染。

任务 2：见模块二 表 4 E-4 留置导尿（女性）评分标准

任务 3：见模块二 表 9 M-9 会阴擦洗 评分标准

E-2-6 产后出血患者的护理

一、任务描述

唐女士，26 岁，孕 1 产 0，足月妊娠，分娩中因第二产程延长、胎儿宫内窘迫，在会阴侧切助产下娩出一活男婴，体重 3900g，胎盘于胎儿娩出后 10 分钟自然娩出，经检查胎盘胎膜完整。产后 2 小时观察发现产妇阴道流出暗红色血，量约 550 mL，伴有血块；触摸子宫大而软，宫底升高；产妇出现眩晕、打哈欠、口渴、烦躁不安，继之出现四肢湿冷、面色苍白、脉搏 120 次 / min、血压 70/50

mmHg、呼吸急促等表现。急查血常规 HB70g/L。

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

任务 2：请对患者进行生命体征测量。

任务 3：请给患者进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 健康史：孕 1 产 0，足月妊娠，分娩中因第二产程延长、胎儿宫内窘迫，在会阴侧切助产下娩出一活男婴，体重 3900g。

(2) 身体评估：产后 2 小时观察发现产妇阴道流出暗红色血，量约 550 mL，伴有血块；触摸子宫大而软，宫底升高；产妇出现眩晕、打哈欠、口渴、烦躁不

安，继之出现四肢湿冷、面色苍白、脉搏 120 次 / min、血压 70/50 mmHg、呼吸急促等表现。

(3) 辅助检查：急查血常规 HB70g/L。

2. 护理问题

- (1) 组织灌注量不足 与阴道多量流血有关。
- (2) 恐惧 与大量失血危及生命有关。
- (3) 有感染的危险 与失血过多抵抗力降低及手术操作有关。

3. 护理目标

- (1) 产妇休克得到纠正，生命体征平稳。
- (2) 产妇情绪稳定，能积极配合治疗及护理。
- (3) 产妇住院期间未发生感染。

4. 护理措施

- (1) 协助医生迅速止血，纠正失血性休克
 - 1) 协助产妇采取中凹卧位，去枕、吸氧、保暖，立即建立静脉通道。
 - 2) 备好急救物品及药品，遵医嘱尽快输液、输血，并记录出入量。
 - 3) 密切监测血压、脉搏、呼吸、神志变化，观察皮肤黏膜、嘴唇及指甲的颜色，注意宫缩及阴道流血情况。
 - 4) 根据产后出血的不同原因，协助医生采取相应的止血措施。
 - 5) 根据医嘱准确采集各种标本，及时送检。
- (2) 防治感染
 - 1) 严格按照无菌操作原则进行检查和手术操作，遵医嘱给予抗生素。
 - 2) 指导产妇进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，加强营养，纠正贫血。
 - 3) 保持外阴清洁，每日两次会阴擦洗，指导产妇及时更换消毒会阴垫。
- (3) 心理护理
 - 1) 护理人员保持镇静，紧张有序地开展抢救工作。
 - 2) 尽量陪伴在产妇身旁，给予同情和关爱，增加安全感。
 - 3) 教会产妇一些放松的方法，分散其注意力，鼓励产妇说出内心的感受，消除恐惧心理。
- (4) 健康指导

1) 指导产妇产后继续观察子宫复旧及恶露的情况, 警惕晚期产后出血和产褥感染的发生。

2) 指导产后注意休息, 加强营养, 保持会阴清洁, 产后42天来院复查。

5. 护理评价:

(1) 产妇组织灌注量得到补充, 生命体征平稳。

(2) 产妇情绪稳定, 能积极配合治疗及护理。

(3) 产妇住院期间无感染发生。

任务 2: 见模块一 表5 M-5 生命体征测量 评分标准

任务 3: 见模块四 表 7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

专科护理领域三 儿童护理

C-3-1 早产儿的护理

一、任务描述

患儿, 女, 孕 34 周平产出生, 出生体重 1.98kg, Apgar 评分 1 分钟 6 分, 10 分钟 8 分, 吸奶无力, 体格检查: 体温 35.8℃, 心肺无异常, 腹平软。

任务 1: 请对患儿进行护理评估, 提出主要的护理问题, 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: 请为患儿给予暖箱护理。

任务 3: 请为患儿进行氧气吸入。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

1. 护理评估：

（1）健康史：孕 34 周平产出生。

（2）身体评估：出生体重 1.98kg，Apgar 评分 1 分钟 6 分，10 分钟 8 分，吸奶无力，体温 35.8℃，心肺无异常，腹平软。

2. 护理问题：

（1）营养失调：低于机体需要量 与早产吸吮无力有关。

（2）体温过低：与体温中枢发育不完善、皮下脂肪薄有关。

（3）有感染的危险：与早产儿免疫功能低下有关。

3. 护理目标：

（1）早产儿吸吮逐渐有力，能获得足量营养。

（2）早产儿体温逐渐上升，恢复正常。

（3）早产儿不发生感染。

4. 护理措施：

（1）环境 室内温度应保持在 24-26℃，相对湿度为 55%-65%。

（2）合理喂养 根据早产儿的吸吮和耐受情况选择合适的喂养方式，满足营养的需要。

（3）维持体温正常，给予暖箱保暖。

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

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

5. 护理评价：

（1）早产儿得到足量营养。

（2）早产儿体温维持正常。

（3）早产儿没有发生感染。

任务 2：见模块三 表 3 C-3 暖箱的使用 评分标准

任务 3: 见模块一 表 8 M-8 氧气吸入 评分标准

C-3-2 足月儿的护理

一、任务描述

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

任务 1: 请对患儿进行护理评估, 提出主要的护理问题, 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: 请对该男婴儿进行新生儿沐浴。

任务 3: 请对该男婴儿进行新生儿抚触。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 健康史: 顺产一男婴。

(2) 身体评估: 新生儿出生后第二天, 生命体征平稳。

2. 护理问题:

- (1) 有窒息的危险 与呛奶、呕吐有关。
- (2) 有体温改变的危险 与体温调节中枢发育不完善有关。
- (3) 有感染的危险 与新生儿免疫功能不足及皮肤黏膜屏障功能有关。

3. 护理目标:

- (1) 合理喂养, 足月儿不发生窒息。
- (2) 合理保暖, 足月儿维持正常体温。
- (3) 严格消毒隔离, 做好清洁卫生, 足月儿不发生感染。

4. 护理措施:

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

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

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

5. 护理评价:

- (1) 足月儿没有发生窒息。
- (2) 足月儿体温维持正常。
- (3) 足月儿没有发生感染。

任务 2: 见模块三 表 4 M-4 新生儿沐浴 评分标准

任务 3: 见模块三 表 5 M-5 新生儿抚触 评分标准

C-3-3 新生儿呼吸窘迫综合征患儿护理

一、任务描述

早产儿, 自然分娩, 生后 4 小时出现呼吸困难, 加重 2 小时, 拒乳, 口唇发绀, 三凹征明显, 肺部听诊呼吸音减低。胸部 X 线: 肺透明度低, 并有细小斑点及网状阴影。被诊断为新生儿呼吸窘迫综合征 (轻度)。

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: 请为该患儿进行暖箱护理。

任务 3：请为该患儿进行氧气吸入。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 健康史：早产儿，自然分娩。

(2) 身体评估：生后 4 小时出现呼吸困难，加重 2 小时，拒乳，口唇发绀，三凹征明显，肺部听诊呼吸音减低。

(3) 辅助检查：胸部 X 线：肺透明度低，并有细小斑点及网状阴影。

2. 护理问题：

(1) 自主呼吸障碍 与缺乏 PS 导致肺不张、呼吸困难有关

(2) 气体交换受损 与 PS 缺乏、肺泡萎缩肺透明膜形成有关

(3) 有感染的危险 与免疫力低下有关

3. 护理目标：

(1) 患儿能维持自主呼吸。

(2) 患儿气体交换正常。

(3) 患儿未发生感染

4. 护理措施:

(1) 一般护理

1) 保持呼吸道通畅;

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

3) 喂养: 保证营养供给, 不能吸乳、吞咽者可用鼻饲法或静脉补充营养。

4) 预防感染: 做好各项消毒隔离工作。

(2) 病情观察 监测患儿生命体征, 若有变化及时通知医生。

(3) 对症护理 供氧及辅助呼吸。

(4) 用药护理 协助医生尽早将肺表面活性物质由气管导管直接滴入肺内。

(5) 心理护理 向家长介绍疾病, 心理疏导。

5. 护理评价:

(1) 患儿自主呼吸恢复, 呼吸道通畅。

(2) 患儿气体交换正常, 呼吸平稳。

(3) 患儿没有发生感染。

任务 2: 见模块三 表 3 C-3 暖箱的使用 评分标准

任务 3: 见模块一 表 8 M-8 氧气吸入 评分标准

C-3-4 新生儿黄疸患儿护理

一、任务描述

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

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

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

入院诊断：1. 新生儿高胆红素血症；2. 新生儿败血症。

医嘱：静脉采血。

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

任务 2：请对李毛毛的家长进行母乳喂养指导。

任务 3：遵医嘱给李毛毛进行静脉血标本采集。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体评估：皮肤、巩膜黄染 1 天。精神欠佳、吃奶少、哭声弱，无气促，无青紫。体格检查：T 37.5℃，R 45 次/分，P 135 次/分，全身皮肤严重黄染，巩膜中重度黄染，腹平软，脐周皮肤轻度红肿，有少量渗液，肝脾肋下未及，肠鸣音正常。四肢肌张力正常，原始反射可引出。

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

2. 护理问题：

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

3. 护理目标：

- (1) 患儿胆红素水平逐渐降低，恢复正常，不发生胆红素脑病。
- (2) 患儿脐部感染症状逐渐好转至消失。
- (3) 患儿体温能恢复正常。

4. 护理措施：

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

5. 护理评价：

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

任务2：见模块二 表8 E-8 母乳喂养指导 评分标准

任务3：见模块三 表8 C-8 静脉血标本采集 评分标准

C-3-5 先心病患儿护理

一、任务描述

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

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

任务 2: 请对患儿进行体格测量 (体重、身高、头围和胸围测量)。

任务 3: 请对患儿行氧气筒给氧。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 病床; (2) 志愿者 (主考学校随机指定); (3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶; (4) 多功能护理模型	设备完好、准备齐全
用物	氧气吸入用物: (2) 氧气表; (3) 湿化瓶 (内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30% 乙醇 1/3~1/2 满); (4) 通气管; (5) 一次性双腔鼻导管; (6) 无菌纱布 2 块; (7) 小药杯盛冷开水; (8) 棉签; (9) 笔; (10) 弯盘; (11) 剪刀; (12) 扳手; (13) 输氧卡; (14) 手消毒剂; (15) 手电筒; (16) 病历本及护理记录单 (按需准备); 体格测量用物: (1) 一次性垫巾; (2) 手消毒液; (3) 身长测量器; (4) 软尺; (5) 电子体重秤	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 健康史: 生后不久即出现喂养困难, 面色苍白, 近一年来经常活动后气促、发绀。

(2) 身体评估: 发热, 呼吸稍快, 面色略发绀, 胸骨左缘第 3-4 肋间闻及 II~III 级粗糙全收缩期杂音, 肺动脉瓣区第二心音亢进。

(3) 辅助检查: 心电图提示左、右心室肥大。

2. 护理问题:

(1) 活动无耐力 与体循环血容量减少有关。

(2) 营养失调: 低于机体需要量 与体循环血量减少引起喂养困难有关。

(3) 有感染的危险 与机体抵抗力下降有关。

3. 护理目标:

(1) 患儿能进行适当的活动, 满足基本生活所需。

(2) 患儿获得足够的营养, 满足生长发育需要。

(3) 患儿不发生感染。

4. 护理措施:

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

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

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

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

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

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

5. 护理评价:

(1) 患儿活动耐力是否提高。

(2) 营养摄入是否满足机体需要, 生长发育接近正常儿童。

(3) 是否发生感染或感染后得到及时有效的处理。

任务 2: 见模块三 表 6 C-6 体格发育测量 评分标准

任务 3: 见模块一 表 8 M-8 氧气吸入 评分标准

C-3-6 维生素 D 缺乏性佝偻病患儿的护理

一、任务描述

小西, 男, 5 个月。1 月前因“汗多、夜间哭闹, 烦躁不安”来院就诊, 完善检查后诊断为“维生素 D 缺乏性佝偻病”, 遵医嘱在家口服维生素 D, 现上述症状无明显改善遂来院就诊。体格检查: T 36.6℃, P 110 次/分, R 34 次/分,

发育营养尚可，枕秃，前囟 2cm×1.5cm，未出牙，肋缘外翻，肝右肋下 1cm，脾(-)。肌张力正常，神经系统未见异常。

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

医嘱：维生素 D2 注射液 5mg，肌肉注射。

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

任务 2：请对小西的家长进行母乳喂养指导。

任务 3：遵医嘱给小西肌肉注射维生素 D2。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体评估：汗多、夜间哭闹，烦躁不安，枕秃，前囟 2cm×1.5cm，未出牙，肋缘外翻。

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

2. 护理问题

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

3. 护理目标：

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

4. 护理措施：

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

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

(3) 生活护理：保持室内空气新鲜，温湿度适宜，阳光充足，避免交叉感染。

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

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

5. 护理评价

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

任务2：见模块二 表8 E-8 母乳喂养指导 评分标准

任务3：见模块一 表7 M-7 肌内注射考核评分标准

C-3-7 腹泻患儿护理

一、任务描述

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

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

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

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

任务2：遵医嘱给可可进行静脉输液。

任务3：请对可可的家长进行红臀的护理指导。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）身体评估：患儿 3 天前开始出现腹泻，呈黄色稀水样便，每日 5-6 次，量中等，有时呕吐，为胃内容物，呈非喷射状，量少。伴轻咳、流涕。1 天前大便次数增多，每日 10 余次，食欲减退，精神萎靡，尿量稍少。体格检查：T 38.2℃，P 138 次/分，R 42 次/分，W 8.4kg，精神萎靡，皮肤干燥，弹性差，前囟和眼窝凹陷，口腔黏膜干燥，咽红，出牙 4 颗，双肺(-)，心音有力，腹稍胀，肠鸣音 4 次/分，肛周皮肤潮红，有散在皮疹，四肢稍凉，膝腱反射正常，肛周皮肤发红。

（2）辅助检查：血钠 132mmol/L，血钾 3.2mmol/L，血 HCO_3^- 16mmol/L。

2. 护理问题：

（1）腹泻 与感染有关。

（2）体液不足 与腹泻、呕吐体液丢失过多和摄入不足有关。

（3）皮肤完整性受损 与大便次数增多刺激臀部皮肤有关。

3. 护理目标：

（1）患儿腹泻、呕吐次数逐渐减少至停止，大便性状正常。

（2）患儿脱水和电解质紊乱得以纠正。

（3）患儿臀部皮肤保持完整、无破损。

4. 护理措施：

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

（2）维持水、电解质及酸碱平衡：遵医嘱静脉补液。

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

（4）控制感染：按医嘱选用抗生素以控制感染。严格执行消毒隔离，护理

患儿前后认真洗手。

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

(6) 健康教育：指导合理喂养，注意饮食卫生；加强体格锻炼，适当户外活动，注意气候变化，防止受凉或过热。

5. 护理评价：

(1) 患儿大便次数是否减少。

(2) 脱水、电解质及酸碱平衡紊乱是否得到纠正，尿量有无增加。

(3) 臀部皮肤是否恢复正常。

任务2：见模块四 表7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

任务3：见模块三 表7 C-7 红臀的护理 评分标准

C-3-8 支气管肺炎患儿护理

一、任务描述

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

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

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

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

任务2：请对果果的家长进行母乳喂养指导。

任务 3：遵医嘱给果果进行电动吸引器吸痰（经口腔）。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶 (5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	母乳喂养指导用物： (1) 床单位；(2) 婴儿床单位；(3) 产妇（由主考学校准备志愿者）；(4) 靠背椅；(5) 踏板；(6) 处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 哺乳抱枕；(8) 屏风；(9) 室温计 电动吸引器吸痰（经口腔）用物： (1) 电动吸引器、连接导管；(2) 盛有消毒液的消毒瓶；(3) 一次性带手套式吸痰管；(4) 无菌纱布；(5) 有盖罐 2 只（试吸罐和冲洗罐，内盛无菌生理盐水）；(6) 手电筒；(7) 听诊器；(8) 治疗巾；(9) 弯盘；(10) 笔；(11) 记录单；(12) 压舌板、张口器、舌钳（按需准备）；(13) 电插板（按需准备）；(14) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体评估：患儿 6 天前无明显诱因出现发热、咳嗽，体温波动在 38.6-39.1℃，咳嗽呈阵发性，有痰不易咳出，伴有流涕、鼻塞。近 1 天来，患儿咳嗽渐加重，伴有喘憋，咳嗽时偶有痰液咳出，痰液黏稠色黄。

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

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

2. 护理问题:

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

3. 护理目标:

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

4. 护理措施:

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

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

(2) 维持体温正常: 密切监测体温变化, 遵医嘱药物降温。

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

5. 护理评价:

- (1) 气促、发绀症状是否逐渐改善以至消失, 呼吸平稳。
- (2) 患儿是否能顺利有效地咳出痰液, 呼吸道通畅。
- (3) 体温及其他生命体征是否恢复正常。

任务2: 见模块二 表8 E-8 母乳喂养指导 评分标准

任务3: 见模块四 表11 L-11 电动吸引器吸痰(经口腔)评分标准

综合护理领域一 内科护理

L-4-1 支气管扩张患者的护理

一、任务描述

李**, 女, 25岁, 因咳大量脓痰、反复咯血10年, 加重3天入院。体格检查: T36.8℃, P85次/分, R22次/分, BP132/80mmHg。神志清楚, 口唇无发绀, 左上肺呼吸音粗, 可闻及中等水泡音。心率85次/分, 律齐, 无杂音, 腹软, 无

异常。胸部 X 线：左下肺纹理增多、紊乱。临床初步诊断支气管扩张。患者自述幼儿时期曾患支气管肺炎，并知晓自身疾病情况，能积极配合治疗。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请对李某进行超声雾化吸入。

任务 3：请对李某进行体位引流。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 电源插头；(6) 多功能护理人；(7) 屏风。	
用物	(1) 听诊器；(2) 枕头；(3) 一次性手套；(4) 弯盘；(5) 消毒痰盂；(6) 手消毒剂；(7) 一次性中单；(8) 漱口水；(9) 超声波雾化吸入器一套；(10) 水温计；(11) 冷蒸馏水；(12) 生理盐水；(13) 药物；(14) 一次性注射器；(15) 一次性治疗巾；(16) 纱布数块；(17) 手电筒；(18) 治疗车；(19) 锐器盒、医疗垃圾桶和生活垃圾桶；(20) 笔；(21) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：超声波雾化吸入：18 分钟（其中用物准备 9 分钟，操作 9 分钟）。

任务 3：体位引流：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

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

(2) 辅助检查：胸部 X 线检查：左下肺纹理增多、紊乱。

2. 护理问题：

(1) 清理呼吸道无效 与痰多粘稠和无效咳嗽有关。

(2) 营养失调：低于机体的的需要量 与慢性感染导致机体消耗有关。

(3) 有窒息的危险 与痰多、粘稠、大咯血不能及时排出有关。

3. 护理目标:

- (1) 患者能有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。
- (2) 患者营养状态保持正常。
- (3) 患者未发生窒息，或窒息被及时发现并得到及时处理。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

- 1) 环境: 安静舒适，温湿度适宜。
- 2) 体位: 少量咯血以静卧休息为主，大咯血患者绝对卧床休息，尽量避免搬动，取患侧卧位。
- 3) 饮食: 给予高热量、高蛋白、富含维生素饮食，避免刺激性食物诱发咳嗽，鼓励患者多喝水，每天1500ml以上，稀释痰液。

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

(3) 对症护理: 做好体位引流的护理。

- 1) 评估患者病情和用餐情况，引流前向患者解释引流目的和配合方法。
- 2) 根据病变部位选择合适体位。
- 3) 指导患者深呼吸和有效咳嗽，并辅以雾化吸入、胸背扣击，提高引流效果，每次15-30分钟。
- 4) 引流过程注意观察患者呼吸、面色，有无发绀、窒息先兆表现，如有发生立即终止引流，给予相关处理。

5) 做好口腔护理，记录痰液颜色、量、性质。

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

(5) 心理护理: 向患者介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

(6) 健康教育: 注意保暖防寒，要尽量的减少呼吸道感染性的疾病，保持呼吸道通畅，及时将体内有害的物质排出去，合理性用药以减轻病症，如果患者有非常严重的咯血症状，要及时用手术治疗。

5. 护理评价:

- (1) 患者能有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。

(2) 患者营养状态保持正常。

(3) 患者未发生窒息。

任务 2: 见模块三 表9 C-9 雾化吸入 评分标准

任务 3: 见模块四 表 10 L-10 体位引流 评分标准

L-4-2 肺炎患者的护理

一、任务描述

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

任务 1: 请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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: 请为张某进行胸背叩击排痰。

任务 3: 请对张某进行电动吸引器吸痰（经口腔）。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 电源插头；(6) 多功能护理人；(7) 屏风。	
用物	叩背排痰用物： (1) 听诊器；(2) 治疗巾；(3) 吸管；(4) 一次性纸杯 2 个（1 个内盛温水）；(5) 纸巾；(6) 软枕；(7) 医嘱单；(8) 护理记录单；(9) 笔；(10) 手消毒剂；(11) 医用垃圾桶；(12) 生活垃圾桶 电动吸引器吸痰（经口腔）用物： (1) 电动吸引器、连接导管；(2) 盛有消毒液的消毒瓶；(3) 一次性带手套式吸痰管；(4) 无菌纱布；(5) 有盖罐 2 只（试吸罐和冲洗罐，内盛无菌生理盐水）；(6) 手电筒；(7) 听诊器；(8) 治疗巾；(9) 弯盘；(10) 笔；(11) 记录单；(12) 压舌板、张口器、舌钳（按需准备）；(13) 电插板（按需准备）；(14) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2：叩背排痰：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

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

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

2. 护理问题：

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

3. 护理目标：

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

4. 护理措施：

（1）一般护理：

- 1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。
- 2) 体位：急性期卧床休息，取半坐卧位，减轻呼吸困难。
- 3) 饮食：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化质饮食，鼓励患者多饮水，稀释痰液，促进痰液排出。
- 4) 生活护理：做好口腔护理，保持口腔湿润、舒适。

（2）病情观察：观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志和尿量变化，注意有

有无休克征象。

(3) 对症护理:

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

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

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

(4) 用药护理: 遵医嘱给予抗感染药物, 做好过敏试验, 观察疗效和不良反应。

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

(6) 健康指导: 注意休息, 劳逸结合, 防止过度疲劳, 参加体育锻炼增强体质, 避免受凉、淋雨、吸烟、酗酒。慢性病、长期卧床、年老体弱者应注意经常改变体位、翻身、拍背, 咳出气道痰液。

5. 护理评价:

(1) 患者体温恢复正常。

(2) 患者能有效咳嗽、咳痰, 保持呼吸道通畅。

(3) 患者呼吸困难得到缓解。

(4) 患者未出现并发症。

任务2: 见模块四 表9 L-9 叩背排痰 评分标准

任务3: 见模块四 表11 L-11 电动吸引器吸痰(经口腔)评分标准

L-4-3 慢阻肺患者的护理

一、任务描述

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

肋间隙增宽，呼吸运动减弱，触诊语颤减低，叩诊过清音，双肺呼吸音粗，可闻及明显干湿性啰音，心律规整，各瓣膜无病理性杂音，双下肢无水肿。辅助检查：血常规：WBC $10.9 \times 10^9/L$ ，N70.7%；L 16.6%。血气分析：PaCO₂62mmHg，PaO₂53mmHg。胸部 X 线：双下肺纹理明显增粗、紊乱，两肺透亮度增加，肋间隙增宽。肺功能检查：FEV₁/FVC65%，FEV₁ 为 72%预计值。入院诊断：慢性阻塞性肺疾病（急性加重期）。入院后遵医嘱给予抗感染、解痉、平喘、止咳、祛痰等对症支持治疗。有长期吸烟史 43 年，今年第三次因“COPD 急性发作”住院。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请给予李某氧气吸入。

任务 3：李某经过治疗后病情缓解，请指导李某进行呼吸功能训练。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

任务 3：呼吸功能锻炼：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估

(1) 身体评估：患者发热、咳黄粘痰、痰不易咳出、喘息，T38.5℃，P98

次/分，R28次/分，消瘦，口唇发绀，胸廓呈桶状胸，肋间隙增宽，呼吸运动减弱，触诊语颤减低，叩诊过清音，双肺呼吸音粗，可闻及明显干湿性啰音。

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

2. 护理问题：

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

3. 护理目标：

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

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

- 1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。
- 2) 体位：急性加重期应卧床休息，协助患者取舒适体位，呼吸困难者取半坐卧位；视病情安排活动，以不感到疲劳为宜；
- 3) 饮食：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化质饮食，鼓励患者多饮水，稀释痰液，促进痰液排出。
- 4) 生活护理：做好口腔护理，保持口腔湿润、舒适。

(2) 病情观察：观察咳嗽、咳痰及呼吸困难的程度，监测动脉血气分析值的变化。

(3) 对症护理：

- 1) 氧疗的护理：给予患者1-2L/min低流量低浓度持续给氧，观察氧疗效果及有无氧疗副作用，注意用氧安全。提倡长期家庭氧疗。
- 2) 呼吸功能训练：缓解期指导患者进行缩唇呼吸和腹式呼吸，改善呼吸功

能。

3) 发热护理：监测体温变化，发热时先进行物理降温，必要时遵医嘱给予药物降温，降温后及时更换汗湿衣物和被褥，注意保暖，多饮温水，补充液体。

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

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

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解紧张情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者呼吸困难是否缓解，是否学会呼吸功能训练方法。

(2) 患者能否有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。

(3) 患者体温是否恢复正常。

(4) 患者活动耐力是否增强。

任务2：见模块一 表8 M-8 氧气吸入 评分标准

任务3：见模块四 表8 L-8 呼吸功能锻炼 评分标准

L-4-4 心肌梗死患者的护理

一、任务描述

刘**，男，65岁，因突发心前区持续性疼痛、呼吸困难，伴左肩臂酸胀1小时，自含硝酸甘油片未见好转，急诊入院。体格检查：T36.9℃，P76次/分，R22次/分，BP160/90mmHg。神志清楚，精神疲倦，心电图提示：II、III、AVF导联ST段弓背抬高，肌钙蛋白：17.87ug/L。既往有高血压病史6年，未规律治疗。诊断：冠心病；急性下壁心肌梗死；高血压病。入院后行溶栓、扩管等治疗，现患者入院第二天病情稳定。患者知晓自身疾病情况，不积极配合治疗。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请对刘某进行密闭式静脉输液。

任务3：请对刘某进行氧气吸入。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
----	--------	----

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

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

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

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

2. 护理问题:

(1) 疼痛: 心前区疼痛 与心肌缺血坏死有关。

(2) 活动无耐力 与心功能下降有关。

(3) 潜在并发症: 心力衰竭、心律失常、心源性休克、猝死。

3. 护理目标:

(1) 患者心前区疼痛减轻或消失。

(2) 患者活动耐力逐渐增强。

(3) 患者未发生并发症，或者并发症能及时发现并处理。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

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

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

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

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

(3) 对症护理：心源性休克的护理：

1) 建立静脉通道，用右旋糖苷或5%~10%葡萄糖溶液静滴，以补充血容量。

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

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

(4) 用药护理：指导患者遵医嘱合理使用药物，并观察用药的疗效及不良反应。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者疼痛是否减轻或消失。

(2) 患者活动能力和耐力是否增强。

(3) 患者有无并发症发生，发生并发症能否被及时发现并处理。

任务2：见模块四 表7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

任务3：见模块一 表8 M-8 氧气吸入 评分标准

L-4-5 风湿性心脏病患者的护理

一、任务描述

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

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请对申某进行心脏听诊检查。

任务3：请给申某进行氧气吸入。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风	
用物	(1) 氧气筒；(2) 氧气表；(3) 湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或20%~30%乙醇1/3~1/2满）；(4) 通气管；(5) 一次性双腔鼻导管；(6) 无菌纱布；(7) 小药杯盛冷开水；(8) 棉签；(9) 笔；(10) 弯盘；(11) 扳手；(12) 输氧卡；(13) 手消毒剂；(14) 手电筒；(16) 病历本及护理记录本（按需准备）；(17) 听诊	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：心脏听诊：14分钟（其中用物准备7分钟，操作7分钟）。

任务3：氧气吸入：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

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

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

2. 护理问题：

- (1) 体温过高 与风湿活动和合并感染有关。
- (2) 活动无耐力 与瓣膜狭窄，心输出量减少有关。
- (3) 潜在并发症 心力衰竭、心律失常、血栓栓塞等。

3. 护理目标：

- (1) 患者体温恢复正常。
- (2) 患者活动耐力逐渐增加。
- (3) 患者未出现并发症，或者出现并发症能及时发现并处理。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

- 1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。
- 2) 体位：患者卧床休息，取半卧位，限制活动量，病情稳定后适当活动，增加心脏储备力，但应避免过度劳累。
- 3) 饮食：给予患者高蛋白、高维生素、低胆固醇、低钠的易消化食物，少量多餐，避免过饱。

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

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

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

(5) 健康教育：

1) 疾病知识指导: 告诉患者及家属本病的病因和病程进展特点, 鼓励患者树立信心。告诉患者坚持遵医嘱用药的重要性, 并定期门诊复查。

2) 生活方式指导: 保持室内空气流通、温暖、干燥, 阳光充足。日常生活中适当锻炼, 加强营养, 提高机体抵抗力。注意防寒保暖, 避免感冒, 避免与上呼吸道感染、咽炎患者接触。

5. 护理评价

(1) 患者体温恢复正常。

(2) 患者活动耐力增加。

(3) 患者未出现并发症。

任务 2: 见模块一 表 2 M-2 心瓣膜听诊 评分标准

任务 3: 见模块一 表 8 M-8 氧气吸入 评分标准

L-4-6 急性胰腺炎患者的护理

一、任务描述

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

任务 1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理问题, 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: 请对刘某进行生命体征测量。

任务 3: 请对刘某进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	
资源	(1) 床单位; (2) 志愿者(主考学校随机指定); (3) 屏风或布帘	
用物	生命体征测量用物: (1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计(水银柱甩至 35℃ 以下); (2) 盛有消毒液的容器; (3) 电子血压计; (4) 听诊器(按需准备); (5) 表(有秒针); (6) 弯盘; (7) 记录本和笔; (8) 手消毒剂; (9) 一次性袖带垫巾 密闭式静脉输液用物: (1) 一次性密闭式输液器; (2) 输液架; (3)	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
	剪刀；（4）皮肤消毒剂；（5）无菌棉签；（6）弯盘；（7）一次性止血带；（8）瓶签；（9）输液溶液；（10）输液贴；（11）小枕及一次性垫巾；（12）笔；（13）输液卡；（14）手消毒剂；（15）夹板和绷带（按需准备）；（16）一次性手套（按需准备）；（17）急救盒（按需准备）；（18）病历本及护理记录单（按需准备）	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

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

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估：

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

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

2. 护理问题：

（1）疼痛：腹痛 与胰腺及其周围组织炎症、水肿或出血坏死有关。

（2）体温过高 与胰腺坏死、继发感染有关。

（3）营养失调：低于机体需要量 与呕吐、禁食有关。

（4）有体液不足的危险 与呕吐、禁食、胃肠减压有关。

3. 护理目标：

（1）患者腹痛逐渐减轻。

（2）患者体温下降或恢复正常。

（3）患者营养得到及时补充，营养状况得以改善。

（4）患者体液维持平衡。

4. 护理措施：

（1）一般护理：

1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。

2) 体位：嘱患者绝对卧床休息，采取弯腰屈膝侧卧位，减轻疼痛。

3) 饮食：禁食禁饮，胃肠减压。

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

(3) 用药护理：

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

2) 给予患者物理降温，必要时遵医嘱予以药物降温。

3) 遵医嘱给予抗生素抗感染治疗。

(4) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解紧张情绪，积极配合治疗。

(5) 健康教育：

1) 疾病知识指导：向患者及家属介绍本病的主要病因、诱因、临床表现等相关疾病知识，指导病人积极预防本病。

2) 生活方式指导：指导患者养成良好的生活方式和规律进食的习惯，注意饮食卫生。避免暴饮暴食，注意劳逸结合，戒烟戒酒，以防止本病的复发。

5. 护理评价：

(1) 患者腹痛明显减轻。

(2) 患者感染得到控制，体温恢复正常。

(3) 患者病情稳定，营养得到及时补充，营养状况良好。

(4) 患者体液维持平衡，未发生水、电解质及酸碱平衡紊乱。

任务2：见模块一 表5 M-5 生命体征测量 评分标准

任务3：见模块四 表7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

L-4-7 糖尿病患者的护理

一、任务描述

患者冯**，男，77岁，退休多年。因视物模糊、四肢麻木2年，病情加重伴体重下降半月入院。既往有糖尿病史10年。查随机血糖22.7mmol/L，身高175cm，体重76kg。患者自诉经常感觉腿脚酸麻痛，视物模糊，近半月来体重下降了5kg，平时喜欢饮酒，吸烟50年，其父亲曾患糖尿病过世。

诊断：2型糖尿病；糖尿病周围神经病变；糖尿病视网膜病变。

医嘱：测空腹血糖 Qd。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请遵医嘱为冯某进行胰岛素笔的使用。

任务 3：请遵医嘱为冯某进行糖尿病患者食谱制定。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	胰岛素笔的使用用物： (1) 治疗盘；(2) 75%酒精；(3) 无菌棉签；(4) 胰岛素笔；(5) 胰岛素笔芯；(6) 胰岛素笔专用针头；(7) 弯盘；(8) 医嘱单；(9) 治疗卡；(10) 笔；(11) 手消毒剂；(12) 锐器盒；(13) 医用垃圾桶；(14) 生活垃圾桶 糖尿病患者食谱制定用物： (1) 食材卡；(2) 计算器；(3) 成人每日每千克理想体重所需总热量卡；(4) 草稿纸；(5) 笔；(6) 病历本；(7) 手消毒剂；(8) 生活垃圾桶	
用物	(1) 皮肤消毒液；(2) 手消毒剂；(3) 无菌盘；(4) 胰岛素笔；(5) 胰岛素针头；(6) 病历本及护理记录单（按需准备）；(7) 弯盘；	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：胰岛素笔的使用：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估

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

(2) 辅助检查：查随机血糖 22.7mmol/L。

2. 护理问题：

(1) 营养失调：高于机体的需要量 与胰岛素分泌或作用缺陷有关。

(2) 有感染的危险 与高血糖、营养不良、微循环障碍等有关。

(3) 潜在并发症： 酮症酸中毒、低血糖、糖尿病足。

(4) 知识缺乏 缺乏糖尿病的预防和自我管理知识。

3. 护理目标：

(1) 患者体重恢复正常，血糖、血脂正常或维持正常水平。

(2) 患者未发生感染，如果发生感染能够被及时发现并处理。

(3) 患者未出现并发症，或者并发症能及时发现并处理。

(4) 患者知晓糖尿病的预防和自我管理知识。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

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

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

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

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

(4) 并发症护理：

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

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

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

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

(6) 健康指导：做好糖尿病知识指导及急性并发症的观察要点及预防措施；及时准确的使用药物，观察药物的疗效及不良反应；定期监测血糖、糖化血红蛋白、血脂、血压、肝肾功能；指导患者掌握合理饮食、运动的方法，运动时预防低血糖的发生；教会患者生活规律，戒烟酒，注意个人卫生。

5. 护理评价：

(1) 患者体重恢复正常，血糖、血脂维持正常水平。

(2) 患者未发生感染。

(3) 患者未出现并发症。

(4) 患者知晓糖尿病的预防和自我管理知识。

任务 2：见模块四 表 12 L-12 胰岛素笔的使用 评分标准

任务 3：见模块四 表 13 L-13 糖尿病患者食谱制定 评分标准

综合护理领域一 外科护理

L-4-8 甲亢患者的护理

一、任务描述

刘**，女性，37岁，因怕热多汗、疲乏无力、夜间失眠、多食易饥半年，加重1月来院就诊。经医院门诊检查：FT3（游离三碘甲腺原氨酸）：31pmol/L（正常：3-9pmol/L），FT4（游离甲状腺素）：90pmol/L（正常：9-25pmol/L），诊断为甲状腺功能亢进而入院治疗。体查：T36.5℃，P108次/分，R20次/分，

Bp130/80mmHg。双手平伸时手指有微颤，眼球突出，眼裂增宽。甲状腺弥漫性 II 度肿大，扪诊有震颤，可闻及血管杂音。心律齐，无杂音。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请你对刘某进行甲状腺检查评估。

任务 3：请你遵医嘱对刘某进行静脉血标本采集。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

任务 3：静脉采血：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估

(1) 健康史：女性，37 岁，怕热多汗、疲乏无力、夜间失眠、多食易饥半年，加重 1 月。

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

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

2. 护理问题：

(1) 营养失调：低于机体的需要量 与代谢率增高致分解代谢加速有关

(2) 活动无耐力 与甲亢致肌无力、心悸有关。

(3) 自我形象紊乱 与甲亢所致突眼等有关

(4) 潜在并发症：甲状腺危象。

3. 护理目标：

(1) 患者营养状况得到改善，体重恢复正常。

(2) 患者活动耐力逐渐增加。

(3) 患者能积极面对疾病导致的形象改变。

(4) 患者住院期间未发生甲状腺危象。

4. 护理措施：

(1) 营养失调：低于机体的需要量

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

2) 多饮水，以补充出汗丢失的水分。

3) 定期监测体重。

(2) 活动无耐力

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

2) 各项治疗护理操作尽量集中进行，使患者有充分的休息时间。

3) 保持病室安静、通风良好；协助患者做好生活护理。

(3) 自我形象紊乱

1) 告知患者引起突眼的原因，随病情好转后会逐渐恢复正常。

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

3) 鼓励患者积极参与社交活动。

(4) 潜在并发症：甲状腺危象。

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

2) 指导患者避免感染、严重精神刺激、创伤等诱因，学会自我心理调适

3) 指导患者按时按量规律用药，学会观察药物疗效及不良反应。

5. 护理评价：

- (1) 患者营养状况得到改善，体重恢复正常。
- (2) 患者活动耐力增强。
- (3) 患者心态良好，能积极参与社交活动。
- (4) 患者住院期间未发生甲状腺危象。

任务 2：见模块四 表 2 L-2 甲状腺评估 评分标准

任务 3：见模块三 表 8 C-8 静脉血标本采集 评分标准

L-4-9 蛛网膜下腔出血患者的护理

一、任务描述

李某，女，40 岁，因“突发头痛、呕吐 1h”入院。1h 前患者因情绪激动后突然出现剧烈头痛，进行性加重，伴有恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，4~5 次，出现一过性右下肢无力，无视物旋转，无抽搐及意识障碍，为求诊治急入我院，查体：T 36.5℃，P 76 次/分，R 20 次/分，BP 150/105mmHg，神志清楚，双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在，精神状态差，言语清晰，颈项强直，脑膜刺激征(+)，头颅 CT 检查示“蛛网膜下腔出血”，收住我科。发病以来精神差，睡眠差，心情焦虑，未进饮食，无大小便失禁。患者否认外伤病史，既往有颅内动静脉畸形病史。

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

任务 2：请对李某进行脑膜刺激征检查。

任务 3：请对李某进行口腔护理。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求
资源	脑膜刺激征检查用物： (1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风；(6) 电源插头 口腔护理用物： (1) 口腔护理包（治疗碗 2 个、无菌棉球若干、止血钳 2 把、纱布两块）；(2) 一次性压舌板；(3) 手电筒；(4) 治疗巾；(5) 弯盘；(6) 口腔护理液；(7) 一次性手套；(8) 无菌棉签、剪刀；(9) 病历本；(10) 笔；(11) 漱口杯；(12) 吸管；(13) 开口器（按需准备）；(14) 外用药物（按需准备）；(15) 病历本及护理记录单（按	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	基本实施条件	备注
	需准备)	
用物	(1) 笔; (2) 纸; (3) 棉签; (4) 评估记录单; (5) 手消毒剂	设备完好、准备齐全
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 健康史: 患者女性, 40 岁, 有颅内动静脉畸形病史。

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

(3) 辅助检查: 头颅 CT 示蛛网膜下腔出血。

(4) 心理-社会状态: 患者为青壮年, 突然发病, 头部剧烈疼痛, 产生焦虑情绪, 患者及家属了解疾病的治疗、护理经过和预后, 担心疾病的预后。

2. 护理问题:

(1) 疼痛: 头痛 与脑水肿、颅内压增高、血液刺激脑膜有关。

(2) 焦虑 与剧烈头痛, 担心疾病预后有关。

(3) 潜在并发症: 再出血、脑疝。

3. 护理目标:

(1) 患者头痛逐渐减轻或消失。

(2) 患者焦虑情绪能得到缓解, 能够积极配合治疗。

(3) 患者未发生并发症或并发症得到及时发现和处理。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

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

治疗护理集中进行，利于患者休息。

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

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

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

(3) 对症护理：

1) 评估患者头痛的部位、性质、持续时间和缓解方式，并耐心解释。

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

3) 保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，定时翻身、拍背。

4) 做好皮肤护理，口腔护理、尿管护理，满足患者日常生活需求。

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

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

5. 护理评价：

(1) 患者头痛逐渐减轻。

(2) 患者焦虑情绪得到缓解。

(3) 患者未发生并发症。

任务2：见模块四 表3 L-3 脑膜刺激征检查 评分标准

任务3：见模块四 表16 L-16 口腔护理 评分标准

L-4-10 心脏骤停患者的护理

一、任务描述

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

任务 1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理问题, 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: 请对王某实施单人徒手心肺复苏。

任务 3: 请对王某快速建立静脉通道, 遵医嘱实施静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 模拟处置室	
资源	(1) 病床 (带硬板); (2) 志愿者 (主考学校随机指定); (3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒; (4) 屏风; (5) 心肺复苏模型;	
用物	(1) 一次性密闭式输液器; (2) 输液架; (3) 剪刀; (4) 皮肤消毒剂; (5) 无菌棉签; (6) 弯盘; (7) 一次性止血带; (8) 瓶签; (9) 输液溶液; (10) 输液贴; (11) 小枕及一次性垫巾; (12) 笔; (13) 输液卡; (14) 手消毒剂; (15) 夹板和绷带 (按需准备); (16) 一次性手套 (按需准备); (17) 急救盒 (按需准备); (18) 病历本及护理记录单 (按需准备); (19) 心肺复苏模型; (20) 血压计、听诊器; (21) 硬板床或硬板; (22) 纱布; (23) 弯盘; (24) 手电筒; (25) 护理记录单; (26) 手表	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估

(1) 确认现场环境是否安全:

(2) 迅速判断患者有无意识, 有无自主呼吸及大动脉搏动:

2. 护理问题

- (1) 急性循环障碍 与心脏收缩功能障碍有关。
- (2) 组织灌注量不足 与急性循环功能障碍有关。
- (3) 气体交换受损 与微循环障碍、缺氧和呼吸形态改变有关。

3. 护理目标

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

4. 护理措施

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

(2) 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。

(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。

(4) 持续心电监护，密切监测意识、瞳孔、生命体征、尿量等。

(5) 复苏成功后护理

1) 严密监测呼吸、意识、瞳孔、心率、血压、体温的变化，加强病情观察。

2) 加强呼吸道管理，气管内插管患者定时翻身、拍背，及时吸痰，保证呼吸道通畅。

3) 严密监测尿量变化，心肺复苏后，应严格记录24小时出入量。

(6) 心理护理：

1) 安抚患者，保持患者情绪稳定，使患者配合治疗。

2) 与家属沟通，获得理解和支持，鼓励家属及时给予患者关心安慰。

5. 护理评价

- (1) 患者复苏成功，恢复有效循环；
- (2) 患者心脏功能恢复，组织灌注良好；
- (3) 患者呼吸功能恢复。

任务 2：见模块四 表5 L-5 心肺复苏（成人） 评分标准

任务 3：见模块四 表7 L-7 密闭式静脉输液 评分标准

L-4-11 前列腺增生患者的护理

一、任务描述

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

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请对李某进行膀胱冲洗护理。

任务3：请对李某进行静脉血标本采集。

二、实施条件

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

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：膀胱冲洗：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：静脉血标本采集：25分钟（其中用物准备10分钟，操作15分钟）。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 健康史: 因排尿困难入院, 诊断为良性前列腺增生症, 在硬膜外麻醉下行经尿道前列腺电切术。

(2) 身体状况: 现术后第 5 日, 病人床上大便后, 引流出的尿液颜色明显加深呈红色血性, 尿管引流不畅, 诉下腹部疼痛。

(3) 心理-社会状况: 病人情绪明显紧张。

2. 护理问题:

(1) 疼痛 与用力排便后前列腺窝出血, 导致引流不畅, 膀胱痉挛有关。

(2) 焦虑 与出血、疼痛、担心预后有关。

(3) 潜在并发症: 出血、感染、下肢静脉血栓等。

3. 护理目标:

(1) 患者尿管引流通畅, 疼痛明显缓解。

(2) 患者疼痛减轻, 出血停止, 情绪稳定。

(3) 患者未发生并发症, 或发生并发症时, 能及时准确处理。

4. 护理措施:

(1) 疼痛的护理

1) 保持引流通畅。

2) 遵医嘱给予药物解痉止痛。

3) 按摩腹部、热敷会阴部可有效减轻疼痛。

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

(2) 焦虑的护理

1) 及时安慰患者, 缓解病人紧张焦虑情绪。

2) 积极采取止血、止痛治疗和护理, 尽快缓解病情, 缓解焦虑心情。

(3) 预防并发症

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

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

3) 预防下肢静脉血栓: 鼓励病人床上活动, 促进下肢静脉血液回流。

5. 护理评价:

(1) 患者疼痛明显缓解。

(2) 患者情绪逐渐稳定, 能积极配合治疗和护理。

(3) 患者未发生并发症。

任务2: 见模块四 表15 L-15 膀胱冲洗考核 评分标准

任务3: 见模块三 表8 C-8 静脉血标本采集 评分标准

L-4-12 胆石症患者的护理

一、任务描述

李某, 女, 40岁, 1天前进食油腻食物后, 突发上腹部持续性疼痛, 伴阵发性加剧, 向右肩背部放射, 既往有右上腹疼痛发作史。查体: 体温 39℃, 脉搏 96次/分, 血压 90/60mmHg。右上腹压痛、反跳痛、肌紧张, 墨菲氏征(+)。白细胞 $20 \times 10^9/L$, 中性 95%。B超提示胆管扩张, 胆囊内有强回声光团。诊断为急性胆囊炎(结石性)、胆管炎。行胆囊切除及胆总管探查术, 术后“T”管引流。

任务1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理问题, 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: 手术后请你为患者进行“T”管引流护理。

任务3: 请你为患者进行青霉素药物过敏试验。

(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) 床单位; (2) 志愿者(主考学校随机指定); (3) 治疗车、治疗盘; (4) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶; (5) 屏风或布帘; (6) “T”管引流模型	
用物	“T”管引流护理用物: (1) 无菌引流袋; (2) 治疗巾; (3) 棉签; (4) 碘伏; (5) 清洁手套; (6) 弯盘; (7) 血管钳; (8) 治疗卡; (9) 病历本; (10) 标签; (11) 手消毒剂; (12) 笔; (13) 治疗车、治疗盘; (14) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶; (15) 屏风或床帘。 青霉素药物过敏试验用物: (1) 过敏药物专用注射盘; (2) 无菌纱布; (3) 皮肤消毒剂; (4) 弯盘; (5) 试验药物和生理盐水注射液; (6) 砂轮和启瓶器; (7) 注射卡、无菌棉签、标签纸和笔; (8) 1ml 注射器和 5ml 注射器; (9) 急救盒(内备 0.1% 盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮	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
	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)	
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：“T”管引流护理：20分钟(其中用物准备10分钟，操作10分钟)。

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

(3) 评分标准

任务1：

1. 护理评估：

(1) 健康史：既往有右上腹疼痛发作史。

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

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

2. 护理问题：

(1) 疼痛 与术后伤口疼痛有关

(2) 体温过高 与急性胆囊炎、胆道感染有关。

(3) 潜在并发症：感染、出血、胆漏等。

3. 护理目标：

(1) 腹痛减轻或消失。

(2) 体温恢复正常。

(3) 未发生并发症。

4. 护理措施：

(1) 疼痛护理：

1) 观察疼痛的性质、程度、持续时间等。

2) 卧床休息，取舒适卧位(血压正常取半坐卧位)以缓解疼痛。

3) 禁饮禁食，胃肠减压。

4) 必要时遵医嘱予解痉止痛药物。

(2) 体温过高的护理：

1) 严密监测体温变化。

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

3) 控制感染：遵医嘱合理使用抗生素。

(3) 预防并发症的护理

1) 感染：观察患者的体温、腹部体征等，遵医嘱合理使用抗生素。

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

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

5. 护理评价：

(1) 病人疼痛减轻。

(2) 病人体温恢复正常。

(3) 病人未发生并发症。

任务 2：见模块四 表 14 L-14 “T”管引流护理 评分标准

任务 3：见模块二 表 2 E-2 青霉素药物过敏试验 评分标准

L-4-13 外伤患者腕关节包扎的护理

一、任务描述

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

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，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：请为张某某测量生命体征测量。

任务 3：请为张某某执行右腕部绷带包扎。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟小手术室；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 治疗车、治疗盘；(4) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(5) 屏风	
用物	四肢绷带包扎用物： (1) 弹力绷带卷；(2) 剪刀；(3) 纱布；(4) 胶布；(5) 医嘱单；(6) 治疗单；(7) 笔；(8) 手消毒剂。 生命体征测量用物： (1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃ 以下）；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子血压计；(4) 听诊器（按需准备）；(5) 表（有秒针）；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名测评专家，测评专家要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者 1 小时前洗澡时不慎摔倒，右腕部着地，体格检查患者痛苦表情，右腕部肿胀、淤青，活动受限。

(2) 辅助检查：右腕部未见骨折影像

2. 护理问题：

(1) 疼痛 与右腕部扭伤、局部软组织损伤有关。

(2) 躯体活动障碍 与右腕部损伤及伤肢固定有关。

(3) 知识缺乏：缺乏损伤后肢体活动及功能锻炼的相关知识。

(4) 有周围血管或神经功能障碍的危险 与局部软组织损伤有关。

3. 护理目标：

(1) 患者自述疼痛逐渐缓解或消失。

(2) 患者得到良好的健康照护，生活自理能力提高。

(3) 患者能说出伤后肢体活动及功能锻炼的相关要求。

(4) 患者保持肢体感觉、运动和血液循环情况良好，未发生相关并发症。

4. 护理措施：

(1) 一般护理

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

2) 体位：取舒适体位，受伤部位局部制动并抬高患肢。

3) 饮食：给予高热量、高蛋白、高维生素、清淡、易消化的饮食，保证足够的营养供给，多食蔬菜和水果。

4) 病情观察：密切观察患者生命体征及神志变化，注意观察受伤部位疼痛、渗出、肿胀症状是否好转，有无加重和肢体、关节功能是否良好。

(2) 对症护理：

1) 遵医嘱给予局部关节绷带包扎外固定，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。受伤局部早期可冷敷，以减轻局部组织渗血和肿胀。24 小时后可热敷，以促进积血和水肿的吸收，促进损伤组织的修复。后期必要时配合与理疗或使用中药洗剂、擦剂。

2) 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、温度和手指活动情况，触摸桡动脉搏动并与健侧相比较。如有异常，及时与医生联系。

3) 提高自理能力：当患者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。

4) 心理护理：做好解释与安慰，消除患者的精神紧张或心理负担。

5. 护理评价：

(1) 患者疼痛缓解或消失。

(2) 患者生活自理能力提高。

(3) 患者能说出伤后肢体活动及功能锻炼的相关要求。

(4) 患者未发生并发症。

任务 2：见模块一 表 5 M-5 生命体征测量 评分标准

任务 3：见模块四 表 4 L-4 四肢绷带包扎 评分标准

综合护理领域三 妇科护理

L-4-14 滴虫阴道炎患者的护理

一、任务描述

刘女士，32岁，已婚。主诉近日白带增多，外阴瘙痒伴灼痛1周。妇科检查：阴道内多量黄绿色泡沫状分泌物，阴道壁散在红斑点。实验室检查：白带：滴虫（++）。

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

任务 2：请对患者进行会阴擦洗。

任务 3：请给患者进行口服给药。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 治疗车、治疗盘	
用物	会阴擦实用物： (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 口服给药用物： (1) 服药本；(2) 药车或药盘；(3) 小药卡；(4) 药杯；(5) 药匙（按需准备）；(6) 量杯（按需准备）；(7) 滴管（按需准备）；(8) 研钵（按需准备）；(9) 湿纱布（按需准备）；(10) 治疗巾；(11) 水壶内备温开水；(12) 盛小药杯的小桶；(13) 一次性水杯（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：会阴擦洗：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：口服给药：16 分钟（其中用物准备 8 分钟，操作 8 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 身体状况评估：外阴瘙痒伴灼痛1周，阴道内可见多量黄绿色泡沫状分

分泌物，阴道壁散在红斑点。

(2) 辅助检查：白带：滴虫(++)。

2. 护理诊断

(1) 皮肤黏膜完整性受损 与阴道炎症局部瘙痒有关。

(2) 焦虑 与治疗效果不佳有关。

(3) 知识缺乏 缺乏滴虫阴道炎相关知识。

3. 护理目标

(1) 接受治疗后，患者瘙痒症状缓解，外阴皮肤完整或破损皮肤愈合。

(2) 患者复查阴道分泌物正常。

(3) 患者焦虑情绪减轻或消失，能积极配合治疗。

(4) 患者能叙述该病的相关知识，改变不良卫生习惯。

4. 护理措施

(1) 心理护理

建立良好的护患关系，给予心理支持，鼓励患者表达其内心感受。

(2) 一般护理

嘱患者注意个人卫生，保持外阴部清洁、干燥，避免搔抓外阴造成皮肤破损。经期、孕期及产褥期要勤换内裤，内裤、坐浴及洗涤用物应煮沸消毒5~10分钟以消灭病原体，性伴侣应同时治疗，治疗期间禁止性生活，以免交叉感染。强调坚持正规治疗的重要性，每次月经干净后要复查白带，若连续3次滴虫阴性，方为治愈。

(3) 药物护理

指导患者正确用药，并按正规疗程用药。经期暂停坐浴、阴道冲洗等。使用甲硝唑治疗期间及停药后应禁酒24小时。若使用替硝唑，则用药期间及停药后72小时内禁止饮酒。口服甲硝唑后若出现药物副作用，如恶心呕吐、白细胞减少，应立即停药。哺乳期妇女服用药物后暂停哺乳12~24小时。

(4) 健康宣教

检查前48小时避免性交、阴道灌洗、局部用药。分泌物取出后注意保暖并及时送检，否则影响检查结果。

5. 护理评价

- (1) 患者外阴皮肤黏膜破损皮肤愈合。
- (2) 患者阴道分泌物检查正常。
- (3) 患者积极配合治疗，自觉焦虑减轻。
- (4) 患者能叙述滴虫阴道炎的相关知识。

任务 2：见模块一 表 3 M-3 会阴擦洗 评分标准

任务 3：见模块四 表 6 L-6 口服给药 评分标准

L-4-15 子宫颈癌患者的护理

一、任务描述

李女士，35岁，已婚，因“接触性出血3个月，加重7天”入院。患者于3个月前无明显诱因性生活后出现阴道流血，色鲜红，量少，呈点滴状，可自行消失，无不规则阴道流血及排液，无下腹痛。7天前性生活后阴道流血量增加，约为平素月经血量的一半，可自行消失。为求进一步诊治入院。妇科检查：阴道穹隆光滑，宫颈肥大，失去正常形态，后唇呈菜花样组织增生，质脆，触之易出血，宫旁无增厚。子宫前位，正常大小，质韧，活动度良好，双附件区未触及明显异常。

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

任务 2：请对患者进行青霉素药物过敏试验。

任务 3：请给患者进行生命体征测量。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 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) 治疗车、治疗盘	
用物	<p>青霉素药物过敏试验用物：(1) 过敏药物专用注射盘；(2) 无菌纱布；(3) 皮肤消毒剂；(4) 弯盘；(5) 试验药物和生理盐水注射液；(6) 砂轮和启瓶器；(7) 注射卡、无菌棉签、标签纸和笔；(8) 1ml 注射器和 5ml 注射器；(9) 急救盒（内备 0.1% 盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器）；(10) 吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置（口述）；(11) 手消毒剂；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）</p> <p>生命体征测量用物：(1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃ 以下）；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子血压计；(4) 听诊器（按需准备）；(5) 表（有秒针）；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8)</p>	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备

类型	实施条件	备注
	手消毒剂；（9）一次性袖带垫巾	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：青霉素药物过敏试验：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估：

（1）身体状况评估：接触性出血3个月，加重7天。

无明显诱因性生活后出现阴道流血，色鲜红，量少，呈点滴状，可自行消失，宫颈肥大，失去正常形态，后唇呈菜花样组织增生，质脆，触之易出血。

2. 护理诊断

（1）有感染的危险 与阴道流血、手术创伤、放疗导致机体抵抗力低下有关。

（2）排尿障碍 与宫颈癌根治术后影响膀胱正常张力有关。

（3）恐惧 与担心癌症威胁生命，使生活质量下降有关。

3. 护理目标

（1）患者对疾病形成有正确的认识。

（2）患者在诊治过程中未发生感染等并发症。

（3）患者术后未发生排尿障碍。

4. 护理措施

（1）心理护理

给予患者心理支持，使其解除思想顾虑，积极配合治疗。

（2）一般护理

嘱患者注意休息，指导摄入高蛋白、高热量、易消化、富含维生素的食物；纠正营养不良及贫血，必要时输血以纠正术前贫血，增强患者机体抵抗力，维持患者体重；协助患者勤擦身，更换衣服，保持床单位整洁，病房注意通风换气。

(3) 病情观察

主要观察患者生命体征、阴道流血、排液情况、排尿情况、尿量及其变化，有异常应及时汇报医生；观察患者有无腹部、会阴腹股沟等处疼痛，有无下肢水肿等回流障碍。

(4) 手术患者的护理

1) 术前准备：术前指导患者进行盆底肌肉韧性的锻炼。术前每天擦洗会阴2次，勤换会阴垫，保持会阴清洁干燥。

2) 术后护理：观察并记录生命体征及出入量，遵医嘱指导患者摆好体位，注意观察双侧腹股沟有无淋巴囊肿，若发现异常及时报告医师，并予以局部热敷及相应治疗。

(5) 放疗患者的护理：使患者了解放疗的目的和意义，取得患者的配合。

(6) 化疗患者的护理：告知化疗方案，特殊药物的使用及保存，药物毒副作用。

(7) 出院指导

向患者说明随访的重要性。要求患者出院后第一个月行首次随访，治疗后2年内每3-6个月复查次；3~5年内，每半年复查一次；第6年开始，每年复查一次。

(8) 健康教育

1) 积极推广HPV预防性疫苗接种，通过阻断HPV感染预防子宫颈癌的发生。

2) 开展子宫颈癌的普查普治工作，做到早发现、早诊断、早治疗。若早期子宫颈癌得到有效治疗，预后较好。

5. 护理评价

(1) 患者住院期间能以积极态度配合诊治全过程，自觉焦虑减轻。

(2) 患者能掌握出院后的自我护理内容，制订系统的康复计划。

任务 2：见模块二 产妇护理 表2 E-2 青霉素药物过敏试验 评分标准

任务 3：见模块一 孕妇护理 表 5 M-5 生命体征测量 评分标准

L-4-16 子宫脱垂患者的护理

一、任务描述

顾女士，75岁，G9P8。5年前出现阴道脱出物，持重物及站立及腹压增加时加重，平卧时可变小或消失。近5年上述症状加重，平卧时阴道脱出物不能自行

回缩，伴排尿困难。妇科检查：外阴已婚已产型，阴道通畅，内见少量白色分泌物，嘱患者用力屏气时，见宫颈、宫体完全膨出阴道口外，子宫萎缩，无压痛，两侧附件未触及。

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

任务 2：请对患者进行静脉血标本采集。

任务 3：请给患者进行生命体征测量。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 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) 治疗车、治疗盘	
用物	静脉血标本采集用物： (1) 注射盘(内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾)；(2) 真空采血针；(3) 真空采血管；(4) 一次性手套；(5) 一次性止血带；(6) 化验单、笔；(7) 弯盘；(8) 锐器盒；(9) 手消毒剂；(10) 病历本及护理记录单（按需准备） 生命体征测量用物： (1)治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计(水银柱甩至 35℃以下)；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子血压计；(4) 听诊器（按需准备）；(5) 表(有秒针)；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

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

任务 3：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况评估

5年前出现阴道脱出物，持重物及站立及腹压增加时加重，平卧时可变小或消失。近5年上述症状加重，平卧时阴道脱出物不能自行回缩，伴排尿困难。外阴已婚已产型，阴道通畅，内见少量白色分泌物，嘱患者用力屏气时，见宫颈、

宫体完全膨出阴道口外，子宫萎缩，无压痛，两侧附件未触及。

2. 护理诊断

(1) 焦虑 与长期器官脱垂影响正常的生活、工作以及担心治疗效果有关。

(2) 疼痛 与脱垂器官牵拉韧带、宫颈，阴道壁溃疡有关。

3. 护理目标

(1) 患者能表达焦虑，经治疗后焦虑减轻

(2) 患者能正确运用减轻疼痛的方法，出院以后疼痛缓解或消失。

4. 护理措施

(1) 一般护理

改善患者的全身状况，鼓励患者进食高蛋白和高维生素食物，加强营养，以增强体质。嘱患者避免重体力劳动，保持大便通畅，保持外阴清洁，保护脱出阴道口的组织，每天以1：5000高锰酸钾液坐浴，坐浴后，擦干溃疡面，遵医嘱局部涂抹药膏。同时积极治疗原发疾病，如慢性咳嗽、习惯性便秘等。

(2) 手术患者的护理

1) 手术前准备：术前5天开始进行阴道准备。用41~43℃的1：5000高锰酸钾液阴道冲洗，每日2次，冲洗后局部涂40%紫草油或抗生素软膏，戴无菌手套还纳脱垂的子宫，嘱床上平卧半小时。

2) 术后护理：嘱患者卧床休息7~10天；留置尿管10~14天；每天行外阴冲洗，注意观察阴道分泌物的情况；避免增加腹压的动作，如下蹲或咳嗽，多进食富含纤维素的食物预防便秘，必要时用缓泻剂。

(3) 心理护理

多关心、体贴患者，促进患者早日康复。

(4) 健康指导

加强休息：术后一般休息3个月，其间禁止盆浴及性生活；术后2个月复查伤口愈合情况；3个月再次复查伤口愈合情况，医生确认完全恢复后方可恢复性生活；半年内避免重体力劳动。

5. 护理评价

(1) 通过治疗能说出减轻焦虑的措施，并能积极应用。

(2) 通过治疗疼痛减轻或消失。

任务 2: 见模块三 表8 C-8 静脉血标本采集 评分标准

任务 3: 见模块一 表 5 M-5 生命体征测量 评分标准

L-4-17 人流患者的护理

一、任务描述

王女士, 25 岁, 已婚, 停经 47 天, 自测尿妊娠试验阳性, 因近日来感冒服用药物, 要求终止妊娠前来就诊。既往体健, 否认药物过敏史。阴道彩超示: 宫内妊娠, 孕囊 25 mmx28 mm 大小, 内可见长约 3mm 胚芽。在医生为其行人工流产过程中, 该女士突然出现面色苍白、大汗淋漓、恶心、头晕、胸闷。测量血压 84/62mmHg, 心率 50 次 / min, 医生暂停手术, 医嘱给予吸氧、肌肉注射阿托品 0.5mg。

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

任务 2: 请对受术者给予氧气吸入。

任务 3: 请给受术者肌肉注射阿托品 0.5mg。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	
资源	(1) 治疗台; (2) 病床; (3) 志愿者 (学校随机指定); (4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒; (5) 治疗车、治疗盘	
用物	氧气吸入用物: (1) 氧气筒; (2) 氧气表; (3) 湿化瓶 (内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满); (4) 通气管; (5) 一次性双腔鼻导管; (6) 无菌纱布; (7) 小药杯盛冷开水; (8) 棉签; (9) 笔; (10) 弯盘; (11) 扳手; (12) 输氧卡; (12) 手消毒剂; (14) 手电筒; (16) 病历本及护理记录本 (按需准备) 肌肉注射用物: (1) 无菌纱布; (2) 无菌注射盘、无菌有盖方盘; (3) 砂轮; (4) 药物 (遵医嘱); (5) 一次性注射器 (根据需要选择合适型号); (6) 弯盘; (7) 注射卡和笔; (8) 无菌棉签; (9) 手消毒剂; (10) 皮肤消毒液; (11) 必要时配抢救盒; (12) 病历本及护理记录单 (按需准备)	工作服、帽子、口罩、挂表 由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

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

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

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）健康史：停经 47 天，自测尿妊娠试验阳性。近日来感冒服用药物，要求终止妊娠。既往体健，否认药物过敏史。

（2）身体评估：人工流产术过程中，该女士突然出现面色苍白、大汗淋漓、恶心、头晕、胸闷。测量血压 84/62mmHg，心率 50 次 / min。

（3）辅助检查：阴道彩超示：宫内妊娠，孕囊 25 mmx28 mm 大小，内可见长约 3mm 胚芽。

2. 护理问题

（1）恐惧 与人流综合征危及生命有关。

（2）疼痛 与手术扩张宫颈及宫腔吸引有关。

（3）有感染的危险：与宫腔内手术操作有关。

3. 护理目标

（1）受术者情绪稳定，恐惧消除，并积极配合手术。

（2）受术者疼痛减轻，能耐受手术。

（3）受术者术后不发生宫腔感染。

4. 护理措施

（1）协助医生立即停止手术，给予氧气吸入。

（2）安慰受术者，给予陪伴、关心、体贴，讲解人工流产综合征的原因及手术配合，缓解其紧张情绪，告知手术已暂时停止，大部分人停止手术后，症状会逐渐缓解。并指导手术时的配合。

（3）指导受术者深呼吸，或通过交流方式分散其注意力，给予下腹部按摩，减轻疼痛。

（4）密切观察手术者的面色、呼吸、脉搏、腹痛及阴道出血等情况，必要时遵医嘱使用宫缩剂。

（5）协助医生认真检查吸出物有无绒毛及胚胎组织，与妊娠周数是否相符，

必要时送病理检查。

(6) 术后护理:

1) 护送受术者到观察室休息1-2小时, 注意阴道流血及腹痛情况。无异常方可回家。

2) 术后如有发热、腹痛、阴道流血量多或持续流血超过10日以上时, 应及时到医院就诊。

3) 保持外阴清洁, 每日清洗, 使用消毒会阴垫。1个月内禁忌性生活和盆浴。

4) 术后休息半个月, 1个月后随访。

5. 护理评价:

(1) 受术者情绪逐渐稳定, 手术顺利完成。

(2) 受术者自述能耐受疼痛, 术后疼痛减轻。

(3) 受术者术后未发生宫腔感染。

任务 2: 见模块一 表8 M-8 氧气吸入 评分标准

任务 3: 见模块一 表 7 M-7 肌内注射考核 评分标准

(二) 评分标准

模块一 孕妇护理技能项目评分标准

表 1 M-1 案例评估与分析评分标准

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

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
	护理评价 (10分)	有效性	解决了护理问题, 护理目标有效达成	10			

表2 M-2 心脏评估(心瓣膜听诊) 评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估与准备 (20分)	操作者<5分>	衣帽整齐, 戴口罩, 胸卡、洗手, 不佩带首饰, 剪净指甲	5			
	病人<5分>	核对床号姓名, 向病人和家属做好解释工作。	3			
		评估病人病情、合作程度, 评估胸部皮肤情况, 被检查者无紧张、恐惧心理, 对检查者配合	2			
	环境<5分>	环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜, 有床帘或屏风	5			
	物品<5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	5			
操作流程 (60分)	听诊前<5分>	1. 与被检查者进行良好沟通, 告知在检查过程中被检查需要配合的注意事项	3			
		2. 床帘或屏风遮挡病人, 保护病人隐私	2			
	听诊中<50分>	1. 受检者坐位/卧位/站立位, 检查者站在受检者右侧	2			
		2. 受检者松解衣扣, 注意防止过多暴露	3			
		3. 按逆时针方向听诊各瓣膜区 准确找到各瓣膜区位置: 二尖瓣区(心尖区)、肺动脉瓣区(胸骨左缘第二肋间)、主动脉瓣第一听诊区(胸骨右缘第二肋间)、主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第三四肋间)、三尖瓣区(胸骨左缘第四五肋间)	35			
		4. 评估听诊内容: 心音、心律、心率、是否有杂音	10			
听诊后<5分>	被检查者扣好衣服、口述听诊结果	5				
评价 (20分)	1.能对异常的听诊结果进行简单临床分析。 1) 在瓣膜区听到杂音可能是什么问题? 2) 心率多少说明不正常?		10			

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	2. 关爱病人，沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	2			
	3. 病人安全、满意	3			
	4. 操作规范，动作熟练、轻柔	3			
	5. 整理用物、洗手	2			
总分		100			

表3 M-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 <20分>	孕妇 <8分>	1. 核对孕妇信息，了解妊娠情况、心理状态、合作程度	3		
		2. 向孕妇解释检查目的和配合方法	3		
		3. 嘱孕妇排空膀胱	2		
	环境 <3分>	符合产前检查室要求	3		
操作者 <5分>	1. 着装整洁	2			
	2. 修剪指甲，七步洗手法洗手	3			
用物 <4分>	用物准备齐全（少一个扣1分，最多扣2分）；质量符合要求，按操作先后顺序放置	4			
操作流程 <60分>	测量宫高和腹围 <12分>	1. 拉上布帘或屏风遮挡	2		
		2. 协助孕（产）妇于平卧位，头部稍垫高，双腿略屈曲稍分开，暴露腹部	2		
		3. 测量宫高（耻骨联合上缘中点到子宫底的距离），读数准确	3		
		4. 测量腹围（绕腹部最高点测量腹周径），读数准确	3		
		5. 判断宫高、腹围是否与孕周相符（口述）	2		
	第一步手法 <8分>	1. 双手置子宫底部，了解子宫外形并测得宫底高度，然后以两手指腹相对轻推，判断宫底部的胎儿部分，检查方法正确，动作轻柔	6		
		2. 子宫底部胎儿部分判断正确	2		
	第二步手法 <10分>	1. 左右手分别置于腹部左右侧，一手固定，另一手轻轻深按检查，两手交替，分辨胎背及胎儿四肢的位置。检查方法正确，动作轻柔	6		
		2. 胎背与肢体位置判断正确	4		
	第三步手法 <10分>	1. 右手拇指与其余4指分开，置于耻骨联合上方握住胎先露部，进一步查清是胎头或胎臀，左右推动以确定是否衔接。检查方法正确，动作轻柔	6		
		2. 胎先露部位及衔接情况判断正确	4		
	第四步手法 <10分>	1. 左右手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向向下深按，再次核对胎先露部的诊断是否正确，并确定胎先露部入盆的程度。检查方法正确，动作轻柔	6		
		2. 核实胎先露部位，判定胎先露部入盆程度正确	4		
	操作后处理 <10分>	1. 协助孕（产）妇穿好衣裤后缓慢坐起，询问感受	3		
2. 整理用物		2			
3. 消毒双手		1			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		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 <20分>		1.语言亲切, 沟通有效, 孕(产)妇合作, 健康指导合适	4			
		2.态度和蔼, 关心体贴, 注意隐私保护	4			
		3. 仪表举止大方得体, 关爱病人, 体现整体护理理念	4			
		4. 操作规范, 动作熟练	4			
		5. 在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣满 4 分为止	4			
总分			100			

表 4 M-4 胎儿电子监护 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 <20分>	孕妇 <8分>	1.核对孕妇个人信息, 了解妊娠情况、心理状况、合作程度	3			
		2.向孕妇解释目的和配合方法	3			
		3.协助孕妇排空膀胱	2			
	环境 <3分>	符合产前检查室要求: 明亮、清洁、安静, 保护孕妇隐私, 室温 24~26℃, 湿度 50%~60%	3			
	操作者 <4分>	着装整洁, 端庄大方, 修剪指甲, 冬天温暖双手	4			
	用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣 1 分, 扣完 5 分为止); 逐一对用物进行评估, 在有效期内, 质量符合要求; 按操作先后顺序放置	5			
操作流程 <60分>	操作前 准备及 开机 <15 分>	1.将用物携至床旁, 再次核对床号和姓名	2			
		2.七步洗手法洗手	2			
		3.帮助孕妇取半卧位或左侧卧位	4			
		4.告知胎动测量探头的使用方法	2			
		5.打开电源开关, 调节好各参数, 准备好耦合剂	5			
	监护 <25 分>	1.暴露腹部, 用四步触诊法了解胎方位, 或用多普勒确定胎心音的位置	5			
		2.将胎心探头涂耦合剂, 放置于产妇腹部胎心音区, 听诊胎心音清晰、响亮, 予以固定	5			
		3.将宫缩压力探头固定于孕产妇宫底下 3 横指处	5			
		4.观察胎儿胎动情况, 监护 20 分钟, 指导注意事项, 异常时可根据情况延长 40 分钟并催醒胎儿(口述)	5			
		5.复查仍为无反应型或宫缩应激试验阳性, 应及时报告医生, 寻找原因并做好相应处理(口述)	5			
	操作后 处理 <20 分>	1.监护完毕, 关监护仪开关, 撤去探头, 并擦净皮肤, 帮助孕产妇整理好衣物取舒适体位	4			
		2.整理用物、垃圾初步处理正确	3			
		3.七步洗手法洗手	2			

		4.将胎心监护曲线图粘贴于病例报告单上保存,进行简单分析并告知医生查看	4			
		5.告知孕妇结果并记录,健康教育正确	4			
		6.整理监护仪,使之处于备用状态	3			
评价 <20分>		1.操作规范,动作熟练、轻柔,测量结果准确	4			
		2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完4分为止。	4			
		3.着装规范、符合要求	4			
		4.举止大方、无多余动作	4			
		5.语言亲切,态度和蔼,关爱病人,健康指导内容和方式正确	4			
总分			100			

表5 M-5 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>	病人 <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 <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.洗手/消毒手方法正确,戴口罩	2 2			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分);逐一对照用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置	5				
操作流程 <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,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 脉搏 <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.如有异常脉搏:判断正确,处理及时	3			
	测量 呼吸 <10分>	1.沟通有效,病人放松	2			
		2.测量方法、时间正确	3			
		3.呼吸记录正确	2			
		4.如有异常呼吸:判断正确,处理及时	3			
	测量 血压	1.沟通有效,体位准备符合要求	2			
2.垫一次性垫巾,袖带缠绕部位正确,松紧度适宜		4				

	<18分>	3. 被测动脉和心脏在同一水平	2			
		4. 血压读数准确	2			
		5. 血压计处理方法正确，一次性垫巾处理正确	4			
		6. 协助病人取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确	4			
	测量后处理 <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 <20分>	1. 病人安全、满意	4				
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	4				
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	4				
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止	4				
总分		100				

表6 M-6 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 <20分>	病人 <10分>	1. 核对医嘱，查阅病历	2			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	2			
		3. 评估患者全身情况、进食情况、心理状态、对疾病知识了解程度	3			
		4. 采血部位选择恰当，符合患者意愿，评估采血部位皮肤情况	3			
	环境 <3分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	3			
	操作者 <2分>	着装整洁，符合操作要求	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣1分，最多扣2分）	5			
操作流程 <60分>	采血前 <15分>	1. 再次核对患者床号、姓名	5			
		2. 向患者解释，取得配合	5			
		3. 再次检查血糖仪性能是否良好，确认血糖仪条码与试纸条码一致	5			
	采血 <40分>	1. 正确选择采血部位，75%乙醇消毒皮肤，待干	5			
		2. 正确安装采血针头，调节合适档位深度	5			
		3. 开机，将试纸插入机内	5			
		4. 快速采血，减轻患者痛苦	5			
		5. 用干棉签拭去第一滴血，用试纸条吸取第二滴血	5			
		6. 用棉签按压采血部位	5			

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

表7 M-7 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 <20分>	病人 <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 <2分>	环境符合注射要求, 保护隐私	2			
	操作者 <4分>	1. 衣帽整洁, 佩戴挂表	2			
		2. 洗手/消毒手方法正确, 戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分, 最多扣2分); 逐一用物进行检查, 质量符合要求; 摆放有序, 符合操作原则	5				
操作流程 <60分>	备药 <13分>	1. 核对注射卡、药物	2			
		2. 规范抽吸药液, 剂量准确, 无污染、无浪费	4			
		3. 再次核对并签名	2			
		4. 请他人核对并签名	3			
		5. 医用垃圾初步处理正确	2			
	注射 <40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	3			
		3. 注射部位选择合适, 定位方法正确并能口述	6			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		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	13			
		7.缓慢推药并口述，询问病人感受	4			
		8.注射完毕快速拔针并按压	2			
		9.及时处理注射器和针头	3			
注射后处理 <7分>		1.整理床单位，帮助病人取舒适体位	1			
		2.医用垃圾初步处理正确	2			
		3.消毒双手，取下口罩，记录	2			
		4.健康指导内容、方式合适	2			
评价 <20分>		1.遵守原则和规范，无菌观念强，做到了“五个准确”	4			
		2.动作轻柔，运用无痛注射技术	4			
		3.护患沟通良好，健康指导有效	4			
		4.仪表举止端庄，关爱病人	4			
		5.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4			
总分			100			

表8 M-8 氧气吸入 评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及准备 <20分>	病人 <9分>	1.核对医嘱、输氧卡	2			
		2.评估病人全身情况：年龄、病情、意识、生命体征、缺氧的原因、表现和程度	2			
		3.评估病人局部情况：鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿，鼻中隔是否偏曲，鼻腔是否通畅等	3			
		4.评估病人心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮、安全、舒适，病房无明火，远离热源	3			
	操作者 <3分>	1.消毒双手、戴口罩	2			
		2.着装整洁，端庄大方	1			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分，最多扣2分)；检查氧气筒内是否有氧，氧气表有无漏气，四防标志是否明显，逐一对用物进行评估，质量符合要求；摆放有序，符合操作要求	5				
操作流程 <60分>	装表 <12分>	1.带用物至床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释	2			
		2.协助病人取舒适体位	2			
		3.冲尘，上氧气表，连接通气管、湿化瓶，	4			

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
	给氧 <28分>	4. 按关流量开关--开总开关--开流量开关的程序检查氧气表是否装好, 装置是否漏气, 再关流量开关, 备用		4			
		1. 检查、清洁双侧鼻腔	4				
		2. 连接鼻导管, 遵医嘱调节氧流量	4				
		3. 湿化并检查鼻导管是否通畅	3				
		4. 插管、固定(将导管环绕病人耳部向下放置, 长期输氧者将导管绕至枕后固定, 调整松紧度)	5				
		5. 消毒双手、取下口罩, 记录给氧时间及流量, 挂输氧卡	4				
		6. 交待用氧注意事项	4				
	7. 观察及评估病人缺氧改善情况	4					
	停氧 <18分>	1. 遵医嘱停氧, 带用物至床旁, 核对床号、姓名, 与病人沟通。消毒双手, 戴口罩。		4			
		2. 拔出鼻导管, 关总开关-放余氧-关氧流量表开关, 分离鼻导管、通气管、湿化瓶, 卸表		4			
		3. 协助病人取舒适卧位, 整理床单位		3			
		4. 消毒双手, 取下口罩, 记录停氧时间		3			
		5. 做好健康指导(安全用氧知识)		4			
处理 <2分>	按规定分类处理用物		2				
评价 <20分>	1. 病人满意, 缺氧症状改善, 感觉舒适、安全		4				
	2. 操作规范, 流程熟练, 氧疗装置无漏气		4				
	3. 仪表举止大方得体, 关爱病人, 体现整体护理理念		4				
	4. 护患沟通有效, 病人合作, 并知道安全用氧的知识		4				
	5. 在规定的时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止		4				
总分				100			

模块二 产妇护理模块技能项目评分标准

表1 E-1 案例评估与分析评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
护理 方案	护理评估 (10分)	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估	10			
	护理诊断 (20分)	准确性	列出2-5个护理诊断	20			

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
	护理计划 (10分)	规范性	描述规范	5			
		针对性	目标有针对性	5			
	护理措施 (50分)	科学性	护理措施科学合理	20			
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施,措施有效,能达到预期目标	30			
	护理评价 (10分)	有效性	解决了护理问题,护理目标有效达成	10			

表 2 E-2 青霉素药物过敏试验评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
评估及 准备 <20分>	病人 <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		2			
		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		3			
		4.评估病人心理状况,解释并取得合作		2			
	环境 <2分>	符合配药和注射要求,抢救设施到位		2			
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁,挂表		2			
		2.洗手/消毒手方法正确,戴口罩		2			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分);逐一对照用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置		5				
操作流程 <60分>	配置 皮试 药液 <19分>	1.认真执行三查八对		3			
		2.配制溶媒选择正确		2			
		3.过敏试验溶液浓度正确,遵守无菌技术操作原则		8			
		4.标明过敏药物皮试液,请他人核对		3			
		5.医用垃圾初步处理正确		3			
	皮内 注射 <32分>	1.病人信息核对到位,解释规范		2			
		2.协助病人取舒适卧位		2			
		3.注射部位选择正确		2			
		4.皮肤消毒液的选择及消毒方法正确,直径大于5cm		3			
		5.注射前再次核对药物		3			
		6.持针方法正确,进针角度、深度符合要求,推注药量准确		8			
		7.注射后核对并记录		2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		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	3			
		11.医用垃圾初步处理正确	3			
	观察 <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 <5分>	皮试结果判断准确，告知病人并及时记录	5				
评价 <20分>		1.病人安全、满意	4			
		2.操作规范，动作熟练、轻柔	4			
		3.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	4			
		4.语言亲切，态度和蔼，关爱病人	4			
		5.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止	4			
总分		100				

表3 E-3 产程图绘制评分标准

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 <10分>	环境 <2分>	环境符合要求	2			
	操作者 <3分>	着装整洁	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣1分，扣完5分为止）；质量符合要求，按操作先后顺序放置	5			
操作流程 <70分>	绘制宫 口扩张 曲线 <20分>	1.标志点坐标位置准确（一个不规范标志点扣1分，扣完10分为止）	10			
		2.用红色“●”描记标志点	5			
		3.连接线为红色，点圆线直	5			
	绘制先 露下降 曲线 <20分>	1.标志点坐标位置准确（一个不规范标志点扣1分，扣完10分为止）	10			
		2.用蓝色“●”描记标志点	5			
		3.连接线为蓝色，点圆线直	5			
填写附 属表格 <15分>	1.检查内容填写正确，使用医学术语，无缺项漏项（每一项有误扣0.5分，扣完13分为止）	13				
	2.签名	2				
分析 产程 <15分>	产程进展情况分析正确	15				
评价 <20分>		1.操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	4			
		2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止。	4			

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	3. 着装规范、符合要求	4			
	4. 举止大方、无多余动作	4			
	5. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	2			
	6. 健康指导内容和方式正确	2			
总分		100			

表 4 E-4 女病人留置导尿评分标准

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 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱	2		
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态	3		
		3. 评估患者会阴及膀胱充盈情况	2		
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作，嘱有自理能力患者自行清洗会阴	2		
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮，关闭门窗、屏风遮挡	3		
	操作者 <3分>	1. 着装整洁，戴好口罩帽子，挂表	1		
		2. 消毒双手，方法正确	2		
用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5			
操作过程 <60分>	初步消毒 <18分>	1. 携用物至床旁，再次核对解释，拉上窗帘或屏风遮挡	2		
		2. 了解外阴清洗情况	1		
		3. 体位安置符合操作要求，铺一次性垫巾，暴露外阴，	2		
		4. 打开消毒包方法正确，倒入消毒液适量	2		
		5. 戴无菌手套方法正确	2		
		6. 右手持止血钳夹消毒液棉球擦洗：从上至下、从外向内，一个棉球限用一次、消毒方向不折返，间不留空隙，动作轻柔，关心患者	7		
		7. 医用垃圾初步处理正确	2		
	再次消毒 <22分>	1. 开无菌导尿包无污染，倒入适量消毒液、生理盐水，放入无菌导尿管、无菌注射器和集尿袋	2		
		2. 戴无菌手套方法正确	2		
		3. 铺巾方法正确，无污染，无菌巾与孔巾构成一无菌区	4		
		4. 检查气囊，无漏气	2		
		5. 连接导尿管与集尿袋，润滑尿管	2		
	插管固定 <11分>	6. 左手分开并固定小阴唇，右手持血管钳夹棉球消毒尿道口、两侧小阴唇内侧、尿道口，每个棉球用一次，污棉球及用过的血管钳放弯盘内并移开，消毒符合要求，顺序正确，动作轻柔	10		
		1. 插管动作轻柔，口述插管深度（插入尿道约4~6cm，见尿液流出再插入7~10cm）	2		
2. 根据导尿管上注明的气囊容积向气囊注入等量的无菌生理盐水，轻拉导尿管有阻力感		4			
3. 固定集尿袋，开放导尿管		2			
	4. 及时撤下用物，注意保护隐私和保暖	1			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
导尿后处理 <9分>		5. 脱手套，标签注明置管日期、时间、操作者	2			
		1. 撤出浴巾，协助患者穿裤子及取舒适体位，整理床单位	2			
		2. 消毒双手，方法正确；取下口罩；记录	2			
		3. 健康指导内容正确，方式合适	3			
		4. 医用垃圾初步处理正确	2			
评价 <20分>		1. 患者满意	4			
		2. 护患沟通有效，患者合作	4			
		3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	4			
		4. 操作规范，流程熟练	4			
		5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4			
总分			100			

表5 E-5 外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套 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>	环境 <5分>	环境清洁，地面干燥，符合无菌操作要求	5			
	操作者 <7分>	着装整洁，规范，口罩帽子佩戴规范，指甲平短、清洁，不涂指甲油	7			
	用物 <8分>	用物准备齐全，放置合理（每少一样扣1分，最多扣4分）	8			
操作过程 <60分>	外科洗手 <30分>	1. 清洁洗手 <10分>	①流动水下淋湿双手、手臂	1		
			②取适量洗手液均匀涂抹	1		
			③揉搓双手：按七步洗手法	4		
			④揉搓手臂，范围至上臂下1/3	4		
	2. 冲洗、干手 <8分>	①正确冲净：沿一个方向冲洗手及手臂，应始终保持手朝上、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 <12分>	①取适量免冲洗消毒剂于一侧手心，揉搓另一侧指尖、手背、手腕，将剩余的手消毒剂环转揉搓至前臂、上臂下1/3。	3			
			②取适量免冲洗消毒剂于另一侧手心，步骤同上	3		
			③消毒双手：取适量免冲洗消毒剂按七步洗手法揉搓双手至手腕部	4		
			④涂抹部位无遗漏	2		
	穿无菌手术衣、戴无菌手套	1. 拿取无菌手术衣	4			
		2. 提领，抖开	4			
3. 向上轻抛，双手伸入衣袖，向前平行伸展，手不出袖		5				

	<30分>	口				
		4.巡回护士协助穿衣	2			
		5.戴无菌手套 (无接触式)	戴左手手套	5		
			戴右手手套	5		
		6.系腰带,遮盖背部	3			
		7.未操作时,双手置于胸前或插入胸前口袋中	2			
评价 <20分>	1.操作规范,流程熟练	4				
	2.外科洗手方法正确,时间合理	4				
	3.穿无菌手术衣、戴无菌手套未污染,无菌观念强	4				
	4.具有团队合作意识	4				
	5.在规定时间内完成(每超30秒扣1分)	4				
总分		100				

表6 E6 自然分娩接产技术评分标准

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 <15 分>	产妇 <6分>	1.核对产妇个人信息	3			
		2.评估分娩条件	3			
	环境 <2分>	符合产房要求	2			
	操作者 <2分>	着装符合助产士接产要求	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,扣完5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	5			
操作流程 <65 分>	上台前 准备 <7分>	1.核实胎位并报告(口述)	1			
		2.协助产妇取舒适体位,消毒外阴并铺无菌巾(口述)	1			
		3.操作者外科洗手(口述),穿无菌手术衣、戴无菌手套方法正确	3			
		4.指导产妇使用腹压方法正确	1			
		5.再次向产妇解释配合分娩的方法,取得合作	1			
	整理产台 用物<3分>	1.产台用物摆放合理,与巡回助产士配合默契	3			
	保护会阴 及协助胎 儿娩出 <20分>	1.保护会阴时机选择正确	2			
		2.保护会阴方法正确,会阴无裂伤	4			
		3.协助胎头娩出方法正确,并注意控制胎头娩出速度	6			
		4.协助胎肩娩出方法正确	4			
		5.协助胎体娩出方法正确,并及时记录胎儿出生时间	4			
	清理新生儿 呼吸道及 Apgar评分 <5分>	1.清理呼吸道方法正确	2			
		2.Apgar评分准确(从5个方面说明评分情况及得分,包括1分钟和5分钟评分)	3			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	脐带处理 <10分>	1.断脐方法正确	2			
		2.消毒脐根部方法正确	2			
		3.套扎气门芯方法正确，扎紧无出血	4			
		4.消毒并包扎脐带断端方法正确	2			
	确认和交接新生儿 <2分>	1.让产妇确认并说出新生儿性别	1			
		2.递交新生儿方法正确、安全	1			
	协助胎盘娩出 <7分>	1.口述胎盘完全剥离的指征正确	4			
		2.协助胎盘娩出方法正确	3			
	检查胎盘胎膜 <5分>	检查胎盘及胎膜方法正确，口述检查结果	5			
	检查软产道 <1分>	检查软产道方法正确，口述检查结果	1			
	接产后初步处理 <5分>	1.擦净会阴血迹	1			
		2.核对清点用物（器械、敷料），医用垃圾初步处理正确，产妇初步处理到位，卧位舒适	1			
		3.脱去手术衣及手套	1			
		4.口述产后2小时护理内容正确	1			
		5.洗手、取下口罩，记录	1			
评价<20分>	1.操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	4				
	2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止。	4				
	3.着装规范、符合要求	4				
	4.举止大方、无多余动作	4				
	5.语言亲切，态度和蔼，关爱病人	2				
	6.健康指导内容和方式正确	2				
总分		100				

表7 E-7 会阴侧切缝合术评分标准

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 <20分>	产妇 <8分>	1.核对产妇个人信息	2			
		2.评估会阴体条件，口述会阴侧切的适应证	4			
		3.与产妇及家属谈话并签字	2			
	环境 <3分>	符合产房要求	3			
	操作者 <4分>	着装符合助产士接产要求	4			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，扣完5分为止）；逐一对照用物进行评估，在有效期内，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
操作流程 <60分>	操作前准备 <5分>	1.七步洗手法洗手（口述），穿无菌手术衣、戴无菌手套方法正确，无污染及跨越	3			
		2.消毒外阴并铺无菌巾（口述）	1			
		3.用物摆放合理，与巡回助产士配合默契	1			
	麻醉 <2分>	口述会阴部麻醉方式及完成情况	2			
	选择切开时机 <2分>	口述会阴切开时机正确	2			
	消毒 <2分>	会阴切口消毒方法及范围正确	2			
	会阴左侧斜切开 <7分>	1.撑开左侧阴道壁手法正确	2			
		2.放置会阴侧切剪方法正确	2			
		3.剪开会阴方法正确，口述清楚	2			
		4.切口压迫止血	1			
	胎儿及胎盘娩出 <2分>	口述胎儿、胎盘顺利娩出	2			
	检查 <2分>	检查会阴切口及软产道方法正确，口述清楚	2			
	缝合 <26分>	1.放置纱布卷于阴道顶端	2			
		2.缝合阴道黏膜层方法正确，间距合适、切缘对齐	8			
3.缝合肌肉及皮下脂肪层方法正确，间距合适、切缘对齐		8				
4.缝合皮肤层方法正确，间距合适、切缘对齐		8				
缝合后检查 <6分>	1.取出阴道内纱布卷	2				
	2.检查缝合后的会阴切口，有无腔隙、渗血、对合情况	2				
	3.肛查判断有无缝线穿透直肠（口述）	2				
操作后处理 <6分>	1.擦净会阴血迹	1				
	2.清点器械、整理用物、医用垃圾初步处理正确	2				
	3.脱去污染的手术衣及手套方法正确	2				
	4.及时洗手，方法正确，取下口罩，记录	1				
评价<20分>	1.操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	4				
	2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止。	4				
	3.着装规范、符合要求	4				
	4.举止大方、无多余动作	4				
	5.语言亲切，态度和蔼，关爱病人	2				
	6.健康指导内容和方式正确	2				
总分		100				

表8 E-8 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
------	----------	----	----	----	----

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

表9 E-9 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 <20分>	产妇 <10分>	1. 评估会阴部皮肤及伤口愈合情况，有无红、肿、热、痛，硬结，裂开及出血，肛门有无坠胀感等情况	4			
		2. 注意观察产妇的精神心理状态；注意保护产妇隐私及安全	3			
		3. 解释操作目的，以取得配合，嘱排空膀胱	3			
	环境 <3分>	清洁、安静、温暖，保护产妇隐私	3			
	操作者 <3分>	着装整齐、戴口罩，六步洗手法洗手	3			
	用物 <4分>	用物准备齐全；符合操作要求	4			
操作流程 <60分>	核对 <3分>	再次核对，嘱产妇排空膀胱。	3			
	体位 <9分>	1. 携带用物至产妇床边，协助产妇取屈膝仰卧位	3			
		2. 脱对侧裤腿，盖于近侧腿上，并盖上浴巾，双腿略屈膝分开，充分暴露下腹部及会阴部	3			
		3. 垫一次性垫单	3			
	会阴擦洗 <33分>	1. 打开擦洗包，弯盘置会阴部，治疗碗放于产妇两膝之间	3			
		2. 戴一次性手套，夹取消毒液棉球于无菌治疗碗内	3			
		3. 第一遍消毒棉球擦洗，顺序正确	10			
		4. 第二遍消毒棉球擦洗，顺序正确	10			
		5. 取第2把卵圆钳，夹取棉球消毒会阴伤口	7			
	操作后处理 <6分>	1. 撤去用物，更换清洁垫单	2			
		2. 协助产妇穿上裤子，取舒适体位	2			
		3. 整理好床单位，处理用物，洗手	2			
健康宣教 <9分>	1. 保持会阴清洁，勤更换会阴垫	3				
	2. 大小便后清洗会阴部	3				
	3. 向伤口对侧卧位	3				
评价<20分>	1. 程序正确，操作规范，动作熟练、轻柔	4				
	2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止。	4				
	3. 着装规范、符合要求	4				
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	4				
	5. 指导内容正确，操作过程体现人文关怀	4				
总分			100			

模块三 儿童护理模块技能项目评分标准

表 1 C-1 案例评估与分析评分标准

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

表 2 C-2 新生儿窒息复苏评分标准

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 <20分>	新生儿 <7分>	1.在 5 秒内完成快速评估(口述)		5			
		2.呼救并准备复苏		2			
	环境 <3分>	符合产房要求		3			
	操作者 <5分>	1.衣帽整齐,挂表		2			
		2.七步洗手、戴无菌手套方法正确		3			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣1分,扣完5分为止);逐一对照用物进行评估,质量符合要求;按操作先后顺序放置		5				
操作流程 <60>	初步复苏 <15分>	1.保持体温方法正确		2			
		2.摆正体位(鼻吸气位)		2			
		3.吸净口鼻内的黏液和羊水		2			
		4.擦干全身方法正确		2			
		5.诱发自主呼吸方法正确		2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		6.重新摆正体位	2			
		7.以上 1~6 项在 30 秒内完成	2			
		8. 口述评估呼吸、心率	1			
	正压人工通气 <20 分>	1.口述正压人工通气指征正确	2			
		2.选择合适型号的气囊和面罩，氧浓度调节正确	2			
		3.正压人工通气压力正确、频率正确	8			
		4.30 秒正压通气操作规范	3			
		5.口述评估呼吸、心率	2			
		6.矫正通气，30 秒后再次评估	3			
	胸外心脏按压 <20 分>	1.口述胸外心脏按压指征正确	2			
		2.胸外按压定位准确	2			
		3.胸外按压手法、深度、频率正确	10			
		4.45~60 秒胸外按压操作规范	3			
		5.口述评估呼吸、心率	3			
	复苏后处理 <5 分>	1.将新生儿包裹好；口述转移至新生儿科进行复苏后处理	2			
2.清理用物，医用垃圾初步处理正确		2				
3.脱去无菌手套、及时消毒双手，方法正确，取下口罩，口述记录复苏过程		1				
评价<20 分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	4				
	2. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣完 4 分为止。	4				
	3. 着装规范、符合要求	4				
	4. 举止大方、无多余动作	4				
	5. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	2				
	6. 健康指导内容和方式正确	2				
总分			100			

表 3 C-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 <15 分>	环境<3 分>	无阳光直射或风吹，避免靠近火炉或者暖气	3			
	用物<3 分>	温箱、蒸馏水、床单、尿布、盆子、毛巾、消毒液、手消毒剂	3			
	患儿<6 分>	1.评估患儿的诊断、胎龄、日龄、体重及身体状况	3			
		2.穿单衣，裹尿布	3			
操作者<3 分>	穿戴整齐，修剪指甲，洗手，戴口罩	3				
操作过程<65 分>	入箱前准备 <20 分>	1.检查暖箱的性能是否完好，做好消毒工作	4			
		2.将适量的蒸馏水加入水槽内至水位指示线	4			
		3.铺好箱内婴儿床的棉垫、床单（出生体重低于 1000g 的早产儿，箱内一切用物均需经过高压消毒）	4			

		4.根据患儿的日龄、体重将暖箱调温至所需温度预热,湿度设定正确	4			
		5.给患儿清洁皮肤,穿单衣、裹好尿布放于箱内	4			
	入箱护理 <15分>	1.密切观察患儿面色、呼吸、心率、体温变化,记录体温和箱温	5			
		2.各种操作集中进行尽量少开箱门以免箱内温度波动	5			
		3.接触患儿前必须洗手,每日清洁暖箱,更换水槽中蒸馏水,每周更换暖箱,以便清洁,并用紫外线照射消毒	5			
	出箱后护理 <20分>	1.检查患儿全身情况,根据室温给患儿穿上适宜的衣物	5			
		2.患儿出暖箱后应密切注意体温、体重及吸奶等情况	5			
		3.口述出箱后暖箱消毒方法正确	5			
		4.洗手记录,整理用物	5			
	出暖箱条件 <15分>	1.体重达 2000g 左右或以上,体温正常者	5			
		2.室温 24-26℃时,患儿能保持正常体温	5			
		3.患儿在暖箱内生活1个月以上,体重虽然不到2000g,但一般情况良好	5			
评价<20分>	1.准备齐全、有序、合理	6				
	2.患儿安全,无损伤	6				
	3.操作规范、动作轻巧、准确、安全,能掌握相关理论	8				
总分		100				

表4 C-4 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 <20分>	新生儿 <4分>	1.核对新生儿基本信息,评估新生儿皮肤、喂奶时间和睡眠情况等	2			
		2.向家长解释沐浴的目的、时间和注意事项	2			
	环境 <2分>	明亮、清洁、安静,室温调至26~28℃;操作前半小时湿式清洁治疗车和操作台	2			
	操作者 <4分>	1.着装整齐	2			
		2.指甲已修剪,口述洗手方法正确	2			
用物 <10分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,扣完10分为止);逐一用物进行评估,质量符合要求;按操作先后顺序放置	10				
操作流程 <60分>	沐浴前准备 <12分>	1.系好围裙,调试水温,在盆底垫大毛巾	2			
		2.将新生儿抱至散包台,解开包被,再次核对新生儿基本信息	4			
		3.评估新生儿全身情况,脱新生儿衣裤动作熟练(保留纸尿裤),用大毛巾包裹新生儿全身,口述评估情况	6			
	沐浴	1.清洗头面部时抱姿正确,新生儿安全,面部清洗方法	9			

	<32分>	正确，动作轻柔				
		2.防止水流入耳道方法正确，头发清洗方法正确，及时擦干	5			
		3.将新生儿抱回散包台，解开大毛巾，取下纸尿裤	2			
		4.清洗躯干时抱姿正确，换手时动作熟练，新生儿安全	4			
		5.按顺序擦洗新生儿全身，沐浴液冲洗干净，动作轻柔、熟练，新生儿安全，及时将新生儿抱起放于大毛巾中，迅速包裹拭干水份	12			
	沐浴后处理 <16分>	1.新生儿脐部评估及护理方法正确	3			
		2.新生儿臀部护理正确，给新生儿穿衣方法正确，动作熟练	5			
		3.脱去围裙，将新生儿安置妥当，并告知家长沐浴情况及沐浴后的注意事项	4			
		4.垃圾初步处理正确，及时消毒双手，记录沐浴情况	4			
评价 <20分>	1.新生儿、环境、自身、用物的评估及准备工作到位	4				
	2.操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中新生儿安全	4				
	3.和新生儿及家属沟通有效，取得合作	4				
	4.态度和蔼，仪表举止大方，关爱新生儿	4				
	5.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分	4				
总分		100				

表5 C-5 新生儿抚触评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及准备 <20分>	新生儿 <5分>	1.核对新生儿基本信息	2			
		2.抚触时间选择恰当	3			
	环境 <5分>	符合抚触要求	5			
	操作者 <5分>	1.着装整洁	2			
		2.手上无饰品，指甲已修剪，消毒双手方法正确	3			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5				
操作流程 <60分>	抚触前准备 <7分>	1.解开新生儿包被，再次核对信息	2			
		2.检查新生儿全身情况	2			
		3.口述沐浴情况	1			
		4.将新生儿仰卧位放浴巾上，注意保暖	2			
	头面部抚触 <7分>	1.倒适量润肤油于掌心，摩擦均匀，搓暖双手	1			
		2.头面部按顺序抚触，动作娴熟，避开囟门；感情交流自然	6			
	胸部抚触 <5分>	双手交叉进行胸部抚触，力度合适，避开乳头；感情交流自然	5			

	腹部抚触 <8分>	双手依次进行腹部抚触，动作娴熟，情感交流自然、真切	8			
	上肢抚触 <8分>	手臂、手腕、掌心、手指、手背等不同部位抚触方法正确，情感交流自然	8			
	下肢抚触 <8分>	大腿、小腿、踝部、足跟、脚掌心、脚趾、足背抚触方法正确，情感交流自然	8			
	背部抚触 <7分>	调整新生儿体位为俯卧位	2			
		背部和脊柱抚触方法正确，新生儿舒适	5			
	臀部抚触 <3分>	臀部抚触方法正确	3			
抚触后 处理 <7分>	1. 检查新生儿皮肤情况（口述：兜好尿布，注意保暖）	2				
	2. 新生儿安置妥当，与家属沟通有效	3				
	3. 医用垃圾初步处理正确	1				
	4. 消毒洗手方法正确，记录及时	1				
评价 <20分>	1. 与家属沟通有效，取得合作	4				
	2. 态度和蔼，关爱新生儿，操作过程中与新生儿在情感、语言、目光等方面的交流自然	4				
	3. 仪表举止大方得体，关爱病人，体现整体护理理念	4				
	4. 操作规范，动作熟练	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4				
总分		100				

表6 C-6 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 <20分>	患儿 <6分>	个人信息及合作情况	4			
		时间选择恰当	2			
	环境 <4分>	室内安静、清洁、温暖、光线明亮	4			
	操作者 <4分>	着装整洁，端庄大方	2			
		修剪指甲，消毒双手方法正确	2			
用物 <6分>	用物准备齐全：（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）	6				
操作过程 <60分>	核对患儿 <4分>	1. 核对患儿信息	2			
		2. 解释体格测量的目的	2			
	头围测量 <13分>	1. 协助儿童取坐位或立位	2			
		2. 左手拇指将软尺零点固定于儿童头部一侧眉弓上缘，右手持软尺紧贴头皮绕枕骨结节最高点至另一侧眉弓上缘，回到零点	9			
		3. 准确读出头围数值并记录	2			
身高测量	1. 将一次性垫巾铺在测量板上，患儿仰卧量板中线上	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	<13分>	2. 将头顶部轻触测量板顶端，头部扶正，双手自然伸平	2			
		3. 左手按住患儿双膝，使双腿伸直，右手推动滑板至两足底，准确读数并记录	9			
	胸围测量<12分>	1. 协助儿童取坐位或立位，两臂自然平放或下垂	2			
		2. 左手将软尺零点固定于儿童一侧乳头下缘，右手持软尺紧贴皮肤，经背部两侧肩胛骨下缘绕胸一周回至零点	8			
		3. 取平静呼吸时吸、呼气的平均数并记录	2			
	体重测量<12分>	1. 将电子体重秤接通电源，确认功能正常	2			
		2. 将一次性垫巾铺在体重秤上	2			
		3. 去除儿童衣服及尿布，将婴儿轻轻放于秤盘上，数值稳定后准确读数并记录	8			
	操作后处理<6分>	1. 安置妥当，与家长沟通有效	2			
		2. 告知家属测量的结果并对其宣教	2			
		3. 整理用物，垃圾分类处理	1			
		4. 洗手	1			
评价<20分>	1. 体格测量有效	5				
	2. 动作轻柔，语言亲切，操作规范	5				
	3. 沟通有效，解释合理	5				
	4. 在规定时间内完成	5				
总分			100			

表7 C-7 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<20分>	患儿<5分>	1. 核对患儿基本信息	2			
		2. 评估患儿臀部皮肤情况	3			
	环境<5分>	符合红臀的护理要求	5			
	操作者<5分>	1. 着装整洁	2			
		2. 手上无饰品，指甲已修剪，消毒双手方法正确	3			
用物<5分>	用物准备齐全(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				
操作流程<60分>	操作前准备<7分>	1. 再次核对患儿基本信息	3			
		2. 患儿取仰卧位	2			
		3. 解开包被、尿裤	2			
	臀部清洁<10分>	1. 轻提患儿双足，用温水从前向后清洗臀部	5			
2. 用小毛巾吸干皮肤水分，将清洁纸尿裤垫于臀下，动作娴熟，感情交流自然		5				

	臀部 护理< 33分>	轻度 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（口述）	5			
		重度 红臀	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			
			暴露期间注意保暖（口述）	5			
			放射状涂抹鞣酸软膏，动作娴熟，情感交流自然、真切	8			
			兜好松紧适宜、透气纸尿裤，感情交流自然	8			
	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. 婴儿安置妥当，与家属沟通有效	4				
		3. 整理用物，医用垃圾初步处理正确	2				
		4. 消毒洗手方法正确，记录及时	2				
评价<20分>	1. 与家属沟通有效	4					
	2. 态度和蔼，关爱患儿，操作过程中与婴儿在情感、语言、目光等方面的交流自然	4					
	3. 仪表举止大方得体，关爱患儿人，体现整体护理理念	4					
	4. 操作规范，动作熟练	4					
	5. 在规定时间内完成，每超过1min扣1分，扣满4分为止	4					
总分				100			

表8 C-8 静脉血标本采集评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及 准备 <20分>	病人 <10分>	1. 核对医嘱、检验单	2			
		2. 全身情况：病情、意识、检查项目、采血前的用药情况，是否进餐	3			
		3. 局部情况：注射部位皮肤有无瘢痕、硬结、炎症；静脉充盈度及管壁弹性；肢体活动情况，若一侧肢体有静脉输液，应在对侧肢体采血	3			
		4. 评估病人心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	环境清洁、干燥、明亮，符合注射要求	2			
自身 <3分>	1. 着装整洁，端庄大方	1				
	2. 消毒双手/消毒手方法正确，戴口罩	2				
用物 <5分>	用物准备齐全(少或者准备错误一个扣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				
操作	采集前	1. 标本容器标签黏贴正确，核对检验单及标本容器	4			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
流程 <60分>	准备 <11分>	2. 核对病人、解释合理，病人体位合适，选择血管正确	4			
		3. 备好一次性止血带、小枕及一次性垫巾	3			
	采集过程 <40分>	1. 正确消毒双手，戴手套及口罩，扎一次性止血带，注射部位皮肤消毒符合要求，待干（消毒两遍，消毒范围不小于5cm，中间不留缝隙），嘱病人握拳	8			
		2. 穿刺前查对，备干棉签	4			
		3. 正确持采血针，绷紧皮肤，持针方法正确（针头斜面向上与皮肤呈15°~30°角刺入静脉内），见回血后抽取所需血量	10			
		4. 根据检验目的的不同将标本注入不同标本容器内	4			
		5. 松一次性止血带，松拳，采血完毕快速拔针，按压得当，沟通到位	8			
		6. 正确处理采血针及其他医用垃圾	4			
		7. 再次核对检验单，将真空采血管上的条码粘贴在检验单上	2			
	操作后处理 <9分>	1. 脱手套，消毒双手，取下口罩	2			
		2. 记录，健康指导内容合理	3			
3. 将标本送检，按规定对物品进行分类处理		4				
评价 <20分>	1. 病人满意，穿刺部位皮肤无肿胀、疼痛	4				
	2. 操作规范，流程熟练，严格遵守查对制度和无菌技术操作原则	4				
	3. 仪表举止大方得体，关爱病人，体现整体护理理念	4				
	4. 护患沟通有效，病人合作，并知道静脉血标本采集的目的和意义	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4				
总分			100			

表9 C-9 超声波雾化吸入评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及准备 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估患者全身情况：病情、意识状态、肢体活动能力、治疗情况、用药史、过敏史	2			
		3. 评估患者局部情况：呼吸道是否通畅、面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等	3			
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	环境清洁、安静，光线、温湿度适宜	2			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁	2			
		2. 洗手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序，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
操作 流程 <60分>	雾化前 准备 <15分>	1. 检查雾化器各部件是否完好，有无松动、脱落等异常情况	3			
		2. 连接雾化器各部件	3			
		3. 水槽内加冷蒸馏水，水量要求浸没雾化罐底部的透声膜	3			
		4. 核对医嘱、治疗卡（单），将已抽好的药物加入雾化罐内，将雾化罐放入水槽，盖紧水槽盖	6			
	雾化吸入 <25分>	1. 携用物至床旁，核对患者床号、姓名、手腕带并解释	3			
		2. 协助患者取合适卧位，颌下铺巾	3			
		3. 接通电源，打开电源开关，调整定时开关至所需时间，打开雾化开关，调节雾量	7			
		4. 二次核对	2			
		5. 将口含嘴放入患者口中（也可使用面罩罩住患者口鼻部）	5			
		6. 指导病人闭口深呼吸，告知病人或家属注意事项	5			
	雾化完毕 <5分>	1. 雾化完毕（口述），取下口含嘴或面罩	2			
		2. 先关雾化开关，再关电源开关	3			
	操作后 处理 <15分>	1. 清洁患者面部，取下治疗巾	3			
		2. 协助患者取舒适卧位，整理床单位，健康指导	4			
3. 分类处置用物，放掉水槽内的水并擦干，将口含嘴、雾化罐、螺纹管浸泡于消毒液内 1 小时，再洗净晾干备用（口述）		4				
4. 洗净双手，取下口罩，记录		4				
评价 <20分>	1. 患者满意，呼吸道通畅，感觉舒适	4				
	2. 操作规范，流程熟练	4				
	3. 护患沟通良好，健康指导有效	4				
	4. 仪表、举止大方得体，关爱患者	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过一分钟扣 1 分，扣满 4 分为止	4				
总分			100			

模块四 综合护理模块技能项目评分标准

表 1 L-1 案例评估与分析评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
护理 方案	护理评估 (10分)	准确性 列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估	10			

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

表 2 L-2 甲状腺评估评分标准

考核内容		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 <15分>	病人 <5分>	1.核对病人, 评估病情	2			
		2.解释操作目的, 取得病人合作	3			
	环境 <3分>	环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜	3			
	操作者 <2分>	着装整洁仪表端庄, 衣冠整齐, 不佩带首饰, 剪净指甲	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全	5			
操作流程 <65分>	操作前 <10分>	1.告知被检查者在检查过程中需要配合的注意事项	5			
		2.受检者坐位, 充分暴露颈部	5			
	操作中 <45分>	1.视诊: 观察甲状腺的大小和对称性	3			
		2.评估时嘱病人做吞咽动作, 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			
		3.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, 若触到气管前软组织并随吞咽在手指下滑动, 进一步判断有无增厚和肿块	5			
	3.触诊侧叶: 选择前面触诊或者后面触诊	2				

		4. 前面触诊：位于被检查者前面，一手拇指施压于一侧甲状软骨，将气管推向对侧，另一手示指、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指在胸锁乳突肌前缘触诊，配合吞咽动作，可触及被挤压的甲状腺，用同样的方法评估另一侧甲状腺	12			
		5. 后面触诊：检查者位于被检查者背后，一手示指、中指施压于一侧甲状软骨，将气管推向对侧，另一手拇指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺，示指、中指在其前缘触诊甲状腺	12			
		6. 听诊：当触到甲状腺增大时，如在甲状腺闻及低调的连续性静脉“嗡嗡”音，是血管增多、增粗、血流加速的结果	6			
	操作后 <10分>	1. 口述检查结果	3			
		2. 嘱病人卧床休息，向病人与家属介绍病情	3			
		3. 整理用物	2			
		4. 洗手并记录	2			
评价 <20分>	1. 能阐述甲状腺增大的病因与分度。 (甲状腺增大可分为三度：不能看出增大但能触及者为Ⅰ度，能看到增大又能触及，但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度，超过胸锁乳突肌外缘者为Ⅲ度)	10				
	2. 动作轻柔，操作规范	3				
	3. 态度严谨，突发事件处理合适	3				
	4. 沟通有效，患者满意	2				
	5. 在规定时间内完成	2				
总分			100			

表3 L-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 <20分>	病人 <10分>	1. 全身情况：目前的健康状态、生命体征、意识状态	5			
		2. 心理情况：有无紧张恐惧心理，对评估的要求及合作程度	5			
	环境 <2分>	现场环境安静、干燥、整洁、光线适中、室温适宜	3			
	操作者 <2分>	衣帽整洁、挂表，洗手/消毒手方法正确，剪指甲	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全：笔、纸、棉签、评估记录单	5			
操作流程 <60分>	舒适环境 <4分>	1. 安排合适的评估环境，关门窗或屏风遮挡	4			
	有效沟通 <4分>	2. 对病人先作自我介绍，说明评估的目的，获得病人的认可	4			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
脑膜刺激征检查 <30分>	脑膜刺激征检查 <30分>	3. 颈强直：病人去枕仰卧，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			
		4. Kernig 征（克氏征）：病人仰卧，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			
		5. Brudzinski 征（布鲁津斯基征）：病人去枕仰卧，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			
	报告检查结果 <16分>	1. 报告检查结果：脑膜刺激征阳性或阴性。（正常人脑膜刺激征阴性）	8			
		2. 脑膜刺激征阳性见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅内压增高等	8			
	检查后处理 <6分>	1. 协助取舒适体位	2			
2. 向病人及家属介绍病情及进行健康指导		2				
3. 整理用物，洗手并记录		2				
评价 <20分>	1. 病人安全、满意	4				
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔	4				
	3. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适	4				
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分	4				
总分			100			

表 4 L-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 <20分>	患者 <6分>	1. 核对医嘱、治疗卡，确认医嘱	2			
		2. 核对患者，评估病情，检查患者损伤部位和程度，向患者解释并取得合作	4			
	环境 <4分>	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜，符合包扎操作要求	4			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁，挂表	2			
		2. 消毒双手方法正确，戴口罩	2			
用物 <6分>	1. 用物准备齐全（少一个扣 0.5 分，最多扣 3 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	6				
操作	包扎前	1. 携用物到患者床旁，再次核对患者、治疗卡	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
流程 <60分>	<8分>	2. 向患者解释包扎的目的, 取得患者配合, 沟通有效	2			
		3. 协助患者取舒适体位	2			
		4. 选用宽度适宜绷带	2			
	包扎中 <40分>	1. 包扎时, 绷带卷轴朝上, 需平贴包扎部位从远心端向近心端方向包扎	5			
		2. 根据受伤部位选择包扎方法, 包扎方法正确	20			
		3. 包扎松紧适宜, 外观整洁	5			
		4. 包扎中密切观察肢体末梢的感觉、运动、温度	5			
		5. 包扎完毕, 并用胶布或撕开尾带打结固定, 方法正确	5			
	包扎后 <8分>	1. 协助患者取舒适体位	2			
2. 整理用物, 消毒双手, 取下口罩		2				
3. 记录包扎日期、时间、包扎部位		2				
4. 告知注意事项		2				
解除绷带 <4分>		解除绷带方法正确	4			
评价 <20分>	1. 操作中始终坚持包扎原则, 包扎整齐美观	4				
	2. 操作熟练, 包扎方法正确	4				
	3. 护士仪态端庄, 关爱患者, 注意观察病情	4				
	4. 护患沟通有效, 患者合作	4				
	5. 在规定时间内完成(每超过一分钟扣1分, 扣满4分为止)	4				
总分			100			

表5 L-5 单人徒手心肺复苏评分标准

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 <20分>	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)	5			
	环境 <2分>	现场环境符合复苏要求	2			
	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				
操作	胸外心脏	1. 患者置于硬板床, 取仰卧位	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
流程 <60分>	按压 <15分>	2. 去枕，头、颈、躯干在同一轴线上，双手放于两侧，身体无扭曲（口述）	2			
		3. 胸外按压部位：胸骨中下 1/3 交界处	2			
		4. 按压方法：两手掌根部重叠，手指翘起不接触胸壁，上半身前倾，两臂伸直，垂直向下用力	5			
		5. 按压深度：胸骨下陷 5~6cm	2			
		6. 按压频率：100~120 次/分	2			
		保持呼吸道通畅 <7分>	1. 检查口腔，清除口腔分泌物及异物，取出活动性义齿（口述）	3		
	2. 判断颈部有无损伤，根据不同情况采取合适方法开放气道		4			
	人工呼吸 <8分>	1. 捏住患者鼻孔，双唇完全包绕患者口部，缓慢向患者口内吹气，直至患者胸廓抬起（潮气量为 500~650ml）	3			
		2. 吹气毕，观察胸廓情况，完成 2 次人工呼吸	5			
	连续操作 <20分>	1. 胸外心脏按压与人工通气比例 30: 2	5			
		2. 连续操作 5 个周期，在规定时间内完成（按压错误一次扣 0.1 分，吹气错误一次扣 0.2 分，频率错误酌情扣分）	15			
	判断复苏效果 <5分>	1. 颈动脉恢复搏动	1			
		2. 自主呼吸恢复	1			
		3. 散大的瞳孔缩小，对光反射存在	1			
		4. 收缩血压大于 60mmHg（口述）	1			
		5. 面色、口唇、甲床和皮肤色泽转红	1			
	复苏后处理 <5分>	1. 协助取舒适体位，口述进一步生命支持	2			
		2. 嘱患者绝对卧床休息，不要紧张，向家属介绍病情	1			
3. 整理用物，医用垃圾分类处理		1				
4. 洗手并记录		1				
评价 <20分>	1. 复苏有效	4				
	2. 急救意识强，动作迅速，操作规范	4				
	3. 态度严谨，突发事件处理合适	4				
	4. 沟通有效，解释合理	4				
	5. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣 1 分，扣满 4 分为止）	4				
总分			100			

表 6 L-6 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
评估及准备 <20分>	病人 <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			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	环境 <2分>	病室环境清洁、光线适宜、用物放置整齐，符合操作要求	2			
	操作者 <3分>	1. 衣帽整洁，消毒双手/洗手方法正确，佩戴口罩	2			
		2. 了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物的副作用	1			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一对用物进行检查，质量符合要求；摆放有序，符合操作原则	5			
操作 流程 <60分>	取药与 配药 <18分>	1. 查对服药本、小药卡	2			
		2. 小药卡按床号顺序插在药盘上，并核对无误	4			
		3. 根据服药本配药:先配固体药，后配水剂和油剂	9			
		4. 全部药物配完后，根据服药本核对后盖上治疗巾	3			
	发药 <30分>	1. 再次核对:在发药前请别人再核对一次，无误后方可发药	4			
		2. 发药:按时发药，核对床号、姓名，同一患者的药一次取离药盘，发给患者	6			
		3. 向患者交代服药注意事项，看服到口	8			
		4. 耐心听取患者的疑问，再次核对无误后解释清楚	6			
		5. 患者不在或因故暂不能服药者.应将药物取回保管，并交班	6			
	发药后 的处理 <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 <20分>	1. 病人安全，能准时、按剂量口服药物	4			
2. 操作规范，坚持三查八对		4				
3. 护患沟通有效，病人合作		4				
4. 仪表举止大方得体，关爱病人，用药指导有效		4				
5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止		4				
总分			100			

表7 L-7 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
评估及	患者	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
准备 <20分>	<9分>	2.评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态等	3			
		3.评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘀痕等情况，肢体活动度良好	2			
		4.评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	治疗室及病室环境均符合输液要求	2			
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁，挂表	2			
		2.消毒双手/洗手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）逐一用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作流程 <60分>	药液准备 <13分>	1.核对输液卡，评估药物	2			
		2.输液瓶瓶签上书写内容准确	2			
		3.添加药液执行三查八对，无菌观念强	2			
		4.配药者签名，请他人核对并签名	2			
		5.检查输液器，关调节器开关，一次性输液器插入正确	3			
		6.医用垃圾初步处理正确	2			
	核对排气 <10分>	1.再次核对输液卡、患者、药液，协助合适体位	4			
		2.备好输液贴，再次查对后挂输液瓶	2			
		3.初次排气一次成功，药液无浪费	4			
	穿刺固定 <14分>	1.垫垫枕，扎止血带位置正确，穿刺部位消毒方法正确	4			
		2.再次排气，嘱握拳，绷紧皮肤，穿刺一针见血	4			
		3.松止血带，嘱松拳，开调节器，确定液体滴入顺畅	4			
		4.用输液贴固定牢固、美观	2			
	调节滴速 <4分>	1.根据病情、药物，调节输液速度	2			
		2.记录输液的时间、滴速并签名	2			
	整理指导 <9分>	1.整理床单位，帮患者取舒适体位	2			
		2.医用垃圾初步处理正确，消毒双手，脱口罩	3			
		3.健康指导有效，患者能理解和复述	4			
	观察拔针 <6分>	1.（口述）巡视病房，及时发现并处理输液故障、不适反应	2			
		2.再次核对，解释，消毒双手、戴口罩	2			
3.拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀		2				
再次整理 <2分>	1.医用垃圾初步处理正确	1				
	2.消毒双手，取下口罩	1				
健康指导	指导患者对拔针部位进行正确按压和护理	2				

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

表8 L-8 呼吸功能锻炼评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及 准备 <20分>	病人 <10分>	1.核对医嘱单、查阅病历	2			
		2.核对患者床号、姓名，解释并取得合作	4			
		3.评估患者的呼吸情况、意识状态	4			
	环境 <2分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	2			
	操作者 <3分>	1.着装整洁	1			
		2.洗手或手消毒	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣1分，最多扣2分）	5				
操作 过程<60 分>	操作前 <5分>	1.再次核对患者床号、姓名	2			
		2.向患者解释，取得配合	3			
	缩唇呼吸 <20分>	1.协助患者取合适体位（立位、坐位或仰卧位）	5			
		2.用鼻深吸气，呼气时口缩成吹口哨状，使气体通过缩窄的口型缓缓呼出	8			
		3.吸：呼时间为1:2或1:3，可与吹蜡烛火苗结合练习（呼气流量以能使距离口唇15~20cm处，与口唇同水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不熄灭为宜。）	7			
	腹式呼吸 <30分>	1.协助患者取合适体位（立位、坐位或仰卧位）	5			
		2.双手分别放前胸部及腹部，以感受胸腹起伏	5			
		3.用鼻深吸气，腹部微微隆起；用口缓慢呼气，腹部凹陷（进行至少1分钟的演示）	10			
		4.缩唇呼吸与腹式呼吸结合练习，每天训练2~3次，每次10~20分钟，每分钟7~8次（口述）	7			
		5.观察患者训练中是否有呼吸困难或胸闷等症状，如有不适，立即停止操作（口述）	3			
	操作后 <5分>	1.协助患者取舒适卧位，整理床单位	2			
2.洗手，记录		1				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		3. 给予饮食、运动及呼吸功能锻炼等方面的健康教育	2			
评价 <20分>		1. 患者安全、满意	4			
		2. 演示、指导方法正确，患者能掌握操作要领	4			
		3. 沟通有效，解释合理，配合良好，健康教育内容和方式合理	4			
		4. 关爱患者，语言亲切，态度和蔼	4			
		5. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣完4分为止）	4			
总分			100			

表9 L-9 胸背叩击排痰评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及 准备 <20分>	病人 <10分>	1. 核对医嘱单、查阅病历	2			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	2			
		3. 评估患者病情、咳嗽能力、影响咳痰的因素、合作能力、进食情况，有无禁忌症	3			
		4. 测量生命体征，肺部听诊痰鸣音，确定病变部位	3			
	环境 <2分>	清洁、安静、明亮，温湿度适宜	2			
	操作者 <3分>	着装整洁、指甲已剪（口述）、七步洗手法洗手、戴好口罩	3			
用物 <5分>	用物准备齐全（每缺少一项扣1分直至扣完）	5				
操作 过程<60 分>	操作前 <5分>	1. 携用物至患者床旁，再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释，取得配合	3			
	叩背 <30分>	1. 患者穿单层上衣，根据痰液滞留部位，协助取合适体位（如取侧卧位胸前及双膝置软枕，如取坐位胸前抱软枕）	5			
		2. 治疗巾垫于颌下	2			
		3. 叩击方法：将五指并拢呈空杯状，利用腕力，快速有力叩击胸壁或背部	7			
		4. 叩击原则：从下至上、从外至内（背部从第10肋间隙，胸部从第6肋间隙，向上叩击至肩部），注意避开乳房、心脏、骨突部位（如脊椎、肩胛骨、胸骨）及衣服拉链、纽扣等	7			
		5. 力度适宜，患者不感到疼痛	3			
		6. 每一肺叶叩击1-3分钟，每次叩击5-15分钟，每分钟叩击120-180次（口述，考核叩击2-3分钟即可）	3			
		7. 操作中注意观察患者病情变化，询问有无不适，如出现发绀、呼吸困难立即停止操作	3			
	有效咳嗽 <16分>	1. 指导患者先进行深而慢的腹式呼吸5-6次	3			
2. 深吸气后屏气3-5秒，身体前倾，进行2-3次短促有力的咳嗽，咳嗽时同时收缩腹肌，或用手按压上腹部，帮助		4				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注	
	咳嗽	3. 重复做 2-3 次, 休息几分钟后重新开始 (口述), 如有排痰, 及时擦拭清理	2				
		4. 听诊肺部, 判断排痰效果	3				
		5. 观察并记录痰液量、性质, 必要时送检	2				
		6. 协助患者漱口, 面部清洁	2				
		操作后 <9 分>	1. 协助患者取舒适体位, 整理床单位	2			
			2. 整理用物, 垃圾分类处理	2			
	3. 洗手并记录		2				
	4. 给予饮食、运动等方面的健康教育		3				
	评价 <20 分>	1. 操作规范, 流程熟练	5				
		2. 病人满意, 呼吸道通畅	5				
3. 沟通有效, 解释合理		5					
4. 在规定时间内完成		5					
总分			100				

表 10 L-10 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 <20 分>	患者 <10 分>	1. 核对医嘱, 查阅病历	2			
		2. 核对患者床号、姓名, 解释并取得合作	2			
		3. 评估患者的生命体征, 意识状态, 咳嗽、咳痰情况, 进食情况	3			
		4. 肺部听诊痰鸣音, 确定病变部位	3			
	环境 <3 分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	3			
	操作者 <2 分>	着装整洁, 符合操作要求	2			
	用物 <5 分>	用物准备齐全 (少一个扣 1 分, 最多扣 2 分)	5			
操作 过程<60 分>	操作前 <5 分>	1. 再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释, 取得配合	3			
	操作中 <45 分>	1. 根据患者病变部位, 确定引流体位 (原则: 病变部位在上, 引流支气管开口朝下)	10			
		2. 协助患者摆好体位	10			
		3. 进行胸背叩击, 指导患者深呼吸和有效咳嗽	10			
		4. 口述: 每天引流 1-3 次, 每次 15-20min	2			
5. 指导患者将痰液吐入一次性纸杯漱口后漱口	3					

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		6. 操作中注意观察患者病情变化，询问有无不适，如出现发绀、呼吸困难立即停止引流	5			
		7. 听诊肺部，判断引流效果	5			
	操作后 <10分>	1. 协助取舒适体位，整理床单位	3			
		2. 整理用物，垃圾分类处理	2			
		3. 洗手并记录	3			
		4. 给予饮食、运动等方面的健康教育	2			
	评价 <20分>	1. 操作规范，流程熟练	5			
		2. 患者满意，引流有效	5			
3. 沟通有效，解释合理		5				
4. 在规定时间内完成		5				
总分			100			

表 11 L-11 电动吸引器吸痰（经口腔）评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及准备 <20分>	病人 <9分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估全身情况：年龄、病情、意识状态、血氧饱和度	2			
		3. 评估局部情况：呼吸困难、发绀的程度，肺部呼吸音，口腔黏膜情况	3			
		4. 评估病人心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <3分>	清洁、安静、明亮，温湿度适宜	3			
	操作者 <3分>	1. 消毒双手、戴口罩	2			
2. 着装整洁，端庄大方		1				
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分，最多扣2分)	5				
操作流程 <60分>	调节负压 <10分>	1. 带用物至病人床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释。给病人高流量吸氧3~5分钟（口述）	2			
		2. 消毒液挂瓶挂于床头，连接负压瓶与连接导管，接通电源，打开开关，检查是否通畅和有无漏气	3			
		3. 根据年龄正确调节负压，并口述负压（成人40~53.3kPa，小儿13.3~40kPa、新生儿<13.3kPa）	5			
	铺巾 <6分>	1. 协助病人头偏向护士，头略后仰	3			
		2. 消毒双手，戴口罩。颌下铺巾、放置弯盘	3			
试吸	1. 打开吸痰管包装，戴手套，取吸痰管，衔接	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	<6分>	2. 打开开关, 试吸无菌生理盐水, 湿润及检查导管是否通畅	4			
吸痰 <13分>		1. 反折吸痰管末端, 用戴手套的手持吸痰管前端, 插入口咽部(10~15cm)	5			
		2. 放松吸痰管末端, 将吸痰管左右旋转, 向上提拉(口述: 吸痰时间不超过15秒)	5			
	3. 吸痰管退出后, 抽吸生理盐水冲净管道内痰液, 分离吸痰管, 将连接导管末端插入消毒液挂瓶内	5				
	4. 给病人高流量吸氧3~5分钟(口述)	2				
评价效果 <6分>	1. 取纱布擦净病人脸部分泌物, 撤去治疗巾、弯盘, 脱下手套, 检查鼻腔黏膜情况	4				
	2. 听诊呼吸音, 判断吸痰效果	4				
整理记录 <9分>	1. 协助病人取舒适卧位, 整理床单位	3				
	2. 关闭电源开关、清理用物, 口述处理(储液瓶及时倾倒, 瓶内液体不得超过容积的2/3, 吸痰用物每日更换)	3				
	3. 消毒双手, 取下口罩, 记录痰液的颜色、性状和量	3				
指导 <4分>	做好有效咳嗽等通畅呼吸道的健康指导	4				
评价 <20分>	1. 遵守无菌技术操作原则, 无菌观念强	4				
	2. 操作规范, 动作轻柔	4				
	3. 护患沟通良好, 健康指导有效	4				
	4. 仪表、举止大方得体, 关爱病人	4				
	5. 在规定的时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止	4				
总分			100			

表 12 L-12 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 <20分>	病人 <10分>	1. 核对医嘱, 查阅病历	3			
		2. 核对患者床号、姓名, 解释并取得合作	3			
		3. 评估患者局部情况, 选择合适注射部位: 无红肿、硬结、瘢痕等情况	4			
	环境 <2分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	2			
	操作者 <3分>	着装整洁, 符合操作要求	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣1分, 最多扣2分)	5			
操作过程 <60分>	操作前 <5分>	1. 再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释, 取得配合	3			
	操作中	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
	<50分>	2. 按治疗卡取胰岛素笔（检查有效期、剂型、质量）胰岛素量是否足够，检查胰岛素注射针头包装及有效期	4			
		3. 安装胰岛素笔芯，确保胰岛素剂型与医嘱相符	4			
		4. 将胰岛素笔在手掌间水平滚搓10次，再上下摇动10次，直至胰岛素药液呈均匀白色雾状	4			
		5. 消毒胰岛素笔芯前端，撕去胰岛素针头保护片，顺时针旋转紧安装针头，摘下针头保护帽	4			
		6. 确定显示窗为0，调1~2个单位的胰岛素，将注射笔针头向上，轻弹笔芯架，完全按下注射推键，直到针尖出现胰岛素滴液（若无液滴出现，需重复上述步骤，直到液滴出现），表现排气成功	4			
		7. 旋转剂量显示窗，调至需要注射的剂量	4			
		8. 选择合适的注射部位：首选腹部（脐周5cm以外），其次选大腿外侧、臀部、上臂外侧	4			
		9. 检查注射部位皮肤有无疤痕、硬结、感染	4			
		10. 消毒：75%酒精消毒注射部位，待干	4			
		11. 再次查对床号、姓名、胰岛素剂量、剂型，选择合适的注射部位和角度进针	5			
		12. 按下注射推键，缓慢注射胰岛素；注射完毕后，针头在皮下停留10s以上，将针头拔出	5			
		13. 用棉签按压注射点，不宜揉或挤压穿刺点	2			
		操作后<5分>	1. 协助患者取舒适体位，整理床单位	1		
	2. 整理用物，垃圾分类处理		1			
	3. 洗手并记录		1			
	4. 给予进餐时间及注意事项的相关指导		2			
评价<20分>	1. 操作流程准确	5				
	2. 态度严谨，动作轻柔，操作规范	5				
	3. 沟通有效，患者满意	5				
	4. 在规定时间内完成	5				
总分			100			

表 13 L-13 糖尿病患者食谱制定评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及准备<20分>	病人<10分>	1. 核对医嘱，查阅病历	1			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	3			
		3. 评估患者的病情和饮食习惯	2			
	环境<2分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	2			
	操作者<3分>	着装整洁，符合操作要求	3			
用物<5分>	用物准备齐全；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	8				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作过程	操作前 <5分>	1. 再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释, 取得配合	3			
	操作中 <55分>	1. 计算标准体重	7			
		2. 判断体型	7			
		3. 判断体力劳动程度	7			
		4. 计算每天所需总热量	7			
		5. 换算食品交换份数	7			
		6. 进餐分配	8			
		7. 早餐食材的选择与准备举例	8			
		8. 整理用物	4			
评价 <20分>	1. 患者满意, 感觉清洁、舒适、安全	5				
	2. 护士操作规范, 流程熟练	5				
	3. 护患沟通有效, 患者合作, 理解饮食治疗的重要性	5				
	4. 在规定的时间内完成	5				
总分			100			

表 14 L-14 T 管引流的护理评分标准

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 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱、执行卡	3			
		2. 核对患者, 评估病情、“T”管引流情况	3			
		3. 解释操作目的, 取得患者合作	3			
	环境 <2分>	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜, 注意保护隐私	2			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁, 符合操作要求	2			
2. 消毒双手, 方法正确		2				
用物 <5分>	用物准备齐全(每少一样扣 0.5 分, 最多扣 2 分); 逐一对用物进行检查, 质量符合要求	5				
操作流程 <60分>	操作前 <5分>	1. 再次核对, 拉上床帘或屏风。协助患者取平卧或半卧位, 暴露“T”管及右侧腹壁	3			
		2. 治疗巾铺于引流管的下方	1			
		3. 置弯盘于“T”管与引流袋接口下方	1			
	操作中 <40分>	1. 夹管: 用血管钳夹闭引流管管口近端	3			
		2. 戴清洁手套	3			
		3. 初消毒: 用碘伏棉签消毒“T”管接口处(从接口处开始向上至少 5cm)	6			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		4. 分离引流袋，并置于医用垃圾袋，脱手套	5			
		5. 再消毒：用碘伏棉签消毒“T”管引流口（由内向外消毒管口及外周）	5			
		6. 连接与固定：检查新引流袋，出口处拧紧，一手握住引流管，将新的引流袋与引流管连接牢固	5			
		7. 固定：将引流袋挂于床边，引流袋应低于“T”型引流管平面	5			
		8. 保持有效引流：松开血管钳，观察引流通畅情况	5			
		9. 在标签上注明引流袋更换的日期和时间，并贴于引流袋醒目处	3			
	操作后 <15分>	1. 撤去治疗巾、弯盘	2			
		2. 协助患者取舒适体位，整理床单位	3			
		3. 整理用物，垃圾分类处理	2			
		4. 消毒双手、记录	3			
		5. 根据病情进行健康指导	5			
评价 <20分>	1. 严格执行无菌操作，无菌观念强	4				
	2. 操作规范，动作熟练精准	4				
	3. 态度和蔼，关爱患者，体现人文关怀	4				
	4. 注意保护患者隐私；沟通良好，患者合作	4				
	5. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）	4				
总分			100			

表 15 L-15 膀胱冲洗评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及 准备 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱，治疗卡	2			
		2. 评估患者病情、意识状态、心理状态、合作程度等	3			
		3. 评估尿液的色、量、性状，有无尿频、尿急、尿痛及尿管通畅情况	5			
	环境 <2分>	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜、注意保护患者隐私。	2			
	操作者 <3分>	着装整洁、洗手、戴口罩	3			
用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣3分），逐一 对用物进行检查，质量符合要求。	5				
实施 <60分>	取得配合 <5分>	1. 携用物至床旁，再次核对患者，拉上床帘或屏风，解释膀胱冲洗目的及方法，以便取得患者的配合	3			
		2. 协助患者取舒适体位，暴露尿管。	2			
	排气并连接 <19分>	1. 将膀胱冲洗液悬挂在输液架上并排气	2			
		2. 操作者戴手套	2			
	3. 在引流管与引流袋连接处垫治疗巾	1				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		4. 置弯盘于尿管与引流袋连接处的下方	2			
		5. 在尿管尾端分叉处夹闭尿管	3			
		6. 分离三腔尿管冲洗腔引流袋，并置入医疗垃圾袋内	2			
		7. 消毒三腔尿管冲洗腔管口：由内向外消毒管口及外周	4			
		8. 将膀胱冲洗装置与三腔尿管冲洗腔连接	3			
	冲洗并观察 <14分>	1. 打开夹闭尿管的血管钳，夹闭尿管引流腔，打开冲洗管开关，调节速度 60-80 滴/分。	5			
		2. 待患者有尿意或滴入 200-300 毫升液体后关闭冲洗管，打开夹闭的引流管，如此反复。	6			
		3. 评估冲洗液的入量、出量、颜色、性质，膀胱有无憋胀感	3			
	冲洗后处置 <27分>	1. 冲洗完毕关闭冲洗管开关，夹闭尿管	3			
		2. 分离冲洗管并将冲洗管置入医疗垃圾袋内，脱手套	3			
		3. 消毒三腔尿管管口：由内向外消毒管口及外周，连接引流袋，妥善固定，位置低于耻骨联合水平，松开血管钳	6			
		4. 撤去治疗巾、弯盘，协助患者取舒适卧位整理床单位	2			
		5. 整理用物，垃圾分类处理	2			
		6. 消毒双手，在标签上注明引流袋更换日期和时间，并贴于引流袋醒目处	3			
		7. 记录	2			
8. 告知注意事项		①多饮水 ②防脱管 ③防尿液逆流	2 2 2			
评价 <20分>	1. 无菌意识强，动作熟练，操作规范	4				
	2. 沟通有效，解释合理	4				
	3. 注重人文关怀	4				
	4. 能及时观察患者的病情变化及冲洗效果	4				
	5. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣 1 分，扣满 4 分为止）	4				
总分			100			

表 16 L-16 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 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态	3			
		3. 评估患者口腔情况，选择合适漱口溶液：有无松动性牙齿和活动性义齿	3			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	清洁、安静、明亮，符合口腔护理要求	2			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁，端庄大方	2			
		2. 洗手，戴口罩	2			
用物 <4分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	4				
操作流程 <60分>	准备患者 <10分>	1. 带用物至患者床旁，核对患者床号、姓名	3			
		2. 向患者或家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项	3			
		3. 协助患者取合适体位，头偏向一侧（右侧），面向护士	4			
	擦洗口腔 <33分>	1. 戴手套，取治疗巾铺于颌下，弯盘放于口角旁	3			
		2. 先湿润口唇与口角，再协助患者用吸水管吸水漱口	4			
		3. 嘱患者张口（昏迷患者使用开口器协助张口），观察口腔情况，有活动性义齿的取下义齿，用冷开水冲洗干净浸于冷水中	4			
		4. 嘱患者咬合上下齿，用压舌板撑开左侧颊部，夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面，同法擦洗对侧	5			
		5. 嘱患者张口（用开口器协助昏迷患者张口），依次擦洗牙齿左上内侧面、左上咬合面、左下内侧面、左下咬合面、弧形擦洗左侧颊部，同法擦洗右侧	10			
		6. 擦洗硬腭、舌面及舌下	3			
		7. 再次漱口，评估口腔情况	4			
	整理记录 <13分>	1. 遵医嘱给口腔黏膜异常者用药（口述）	2			
		2. 清点棉球数量，根据需要协助患者佩戴义齿	2			
		3. 取下治疗巾，协助患者取舒适卧位，整理床单位	3			
		4. 按规定处理用物	2			
		5. 脱手套，洗手，取下口罩，记录	4			
健康指导 <4分>	询问患者的感受，做好健康指导	4				
评价 <20分>	1. 患者满意，口腔清洁、舒适、无口腔黏膜、牙龈出血	4				
	2. 护患沟通有效，患者合作，并知道口腔卫生保健知识	4				
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	4				
	4. 操作规范，流程熟练，正确选择口腔护理液	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4				
总分			100			