



娄底职业技术学院

Loudi Vocational & Technical College

## 专业技能考核标准

专业名称：	助产
专业代码：	520202
适用年级：	2021级
所属二级学院：	护理学院
专业负责人：	曾芍
制订参与单位：	娄底市妇幼保健院 娄底市中心医院
制（修）订日期：	2023年9月

娄底职业技术学院教务处编制

# 目 录

<b>模块一：专业基础模块</b> .....	<b>4</b>
<b>项目 1：妇科护理</b> .....	<b>4</b>
1. 试题编号：1-1-1 外阴阴道假丝酵母菌病病人的护理 .....	4
<b>项目 2：妊娠期护理</b> .....	<b>9</b>
1. 试题编号：1-2-1 前置胎盘病人的护理 .....	9
2. 试题编号：1-2-2 剖宫产术后产妇的护理 .....	13
3. 试题编号：1-2-3 胎膜早破病人的护理 .....	18
4. 试题编号：1-2-4 妊娠合并风湿性心脏病病人的护理 .....	23
<b>项目 3：产褥期护理</b> .....	<b>27</b>
1. 试题编号：1-3-1 产褥期产妇的护理 .....	27
2. 试题编号：1-3-2 会阴水肿产妇的护理 .....	31
<b>项目 4：新生儿护理</b> .....	<b>36</b>
1. 试题编号：1-4-1 新生儿寒冷损伤综合征患儿的护理 .....	36
2. 试题编号：1-4-2 早产儿的护理 .....	40
<b>项目 5：儿童护理</b> .....	<b>45</b>
1. 试题编号：1-5-1 口炎患儿的护理 .....	45
2. 试题编号：1-5-2 腹泻患儿的护理 .....	49
3. 试题编号：1-5-3 急性肾小球肾炎患儿的护理 .....	54
<b>模块二：专业核心技能模块</b> .....	<b>60</b>
<b>项目 1：妇科护理</b> .....	<b>60</b>
1. 试题编号：2-1-1 子宫肌瘤病人的护理 .....	60
<b>项目 2：妊娠期护理</b> .....	<b>64</b>
1. 试题编号：2-2-1 妊娠期孕妇的护理 .....	64
<b>项目 3：分娩期护理</b> .....	<b>83</b>
1. 试题编号：2-3-1 正常分娩产妇的护理 .....	83
2. 试题编号：2-3-2 正常分娩产妇的护理 .....	88
<b>项目 4：产褥期护理</b> .....	<b>98</b>

1. 试题编号：2-4-1 人工剥离胎盘术后产妇的护理 .....	98
<b>项目 5：新生儿护理 .....</b>	<b>103</b>
1. 试题编号：2-5-1 正常足月儿的护理 .....	103
2. 试题编号：2-5-2 足月小样儿的护理 .....	107
<b>项目 6：儿童护理 .....</b>	<b>111</b>
1. 试题编号：2-6-1 支气管肺炎患儿的护理 .....	111
2. 试题编号：2-6-2 先天性心脏病患儿的护理 .....	116
3. 试题编号：2-6-3 气管异物患儿的护理 .....	120
4. 试题编号：2-6-4 佝偻病患儿的护理 .....	125
<b>模块三：专业拓展模块 .....</b>	<b>129</b>
<b>项目 1：分娩期产妇护理 .....</b>	<b>129</b>
1. 试题编号：3-1-1 第三产程产妇的护理 .....	129
<b>项目 2：产褥期护理 .....</b>	<b>132</b>
1. 试题编号：3-2-1 产后出血产妇的护理 .....	132
<b>项目 3：母婴护理 .....</b>	<b>135</b>
1. 试题编号：3-3-1 产褥期产妇的护理 .....	135

# 助产专业技能考核题库

本专业技能考核标准配套题库分为专业基础技能、专业核心技能和专业拓展技能三个模块，每个模块设置项目，项目内容根据临床岗位工作情境设置典型工作任务，共计 30 道试题，其中专业基础技能 12 道、专业核心技能 15 道、专业拓展技能 3 道（见下表）。

助产专业技能考核题库统计表

模块	项目名称	试题编号	技能点名称	难易程度			是否更新	对应人才培养规格能力目标
				较难	中等	较易		
模块一 专业基础技能 (考核时间 80 分钟)	妇科护理	1-1-1	案例评估与分析				否	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有为护理对象的身体、心理、社会、文化等方面提供整体护理的能力；具有对临床常见病、多发病的评估、护理、预防和初步处理能力。
			阴道窥器的使用					
			阴道、宫颈上药		√			
	妊娠期护理	1-2-1	案例评估与分析				是	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有对孕产妇常见病的正确识别、初步处理和护理的能力；具有良好的语言、文字表达能力和沟通能力。
			会阴擦洗			√		
			口腔护理					
		1-2-2	案例评估与分析				是	
			床上擦浴		√			
			会阴擦洗					
		1-2-3	案例评估与分析				是	
			生命体征测量		√			
			卧有病人床更换床单					
		1-2-4	案例评估与分析				是	
			心电图技术	√				
			生命体征测量					
	产褥期护理	1-3-1	案例评估与分析				是	
			会阴擦洗			√		
			生命体征测量					

模块二 专业核 心技能 (15 题)	新生儿护 理	1-3-2	案例评估与分析			√	是	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有为护理对象的身体、心理、社会、文化等方面提供整体护理的能力。		
			会阴擦洗							
			会阴湿热敷							
	新生儿护 理	1-4-1	案例评估与分析			√	是			
			暖箱的护理							
			红臀护理							
		1-4-2	案例分析与评估						√	是
			暖箱的护理							
			口腔护理							
	儿童护理	1-5-1	案例评估与分析			√	是			
			卧有病人床更换床单							
			口腔护理							
		1-5-2	案例评估与分析						√	是
			卧有病人床更换床单							
			红臀护理							
1-5-3		案例评估与分析	√					否		
		卧有病人床更换床单								
		压疮的预防								
妇科护理	2-1-1	案例评估与分析			√	否	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有规范地进行妊娠诊断、产前检查、产程观察、正常接生、产后处理和新生儿处理等助产专科操作能力。			
		双合诊								
		外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套								
妊娠期护 理	2-2-1	案例评估与分析	√			否	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有规范地进行妊娠诊断、产前检查、产程观察、正常接生、产后处理和新生儿处理等助产专科操作能力；具有对孕产妇常见病的正确识别、初步处理和护理的能力；具有为护理对象的身			
		骨盆外测量								
		静脉血标本采集（真空管）								
	2-2-2	案例评估与分析						√	是	
		四步触诊								
		心电监护								

	2-2-3	案例评估与分析	√	否	体、心理、社会、文化等方面提供整体护理的能力。
		快速血糖测定			
		胰岛素笔的使用			
	2-2-4	案例评估与分析	√	否	
		留置导尿（女患者）			
		新生儿窒息复苏			
分娩期护理	2-3-1	案例评估与分析	√	否	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有规范地进行妊娠诊断、产前检查、产程观察、正常接生、产后处理和新生儿处理等助产专科操作能力；具有为护理对象的身体、心理、社会、文化等方面提供整体护理的能力
		四步触诊			
		产程图绘制			
	2-3-2	案例评估与分析	√	否	
		产前会阴消毒			
		自然分娩接产技术			
	2-3-3	案例评估与分析	√	是	
		会阴侧切缝合术			
		胎头吸引术			
产褥期护理	2-4-1	案例评估与分析	√	是	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有为护理对象的身体、心理、社会、文化等方面提供整体护理的能力。
		皮内注射			
		密闭式静脉输液			
新生儿护理	2-5-1	案例评估与分析	√	否	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有开展母婴保健、营养与膳食指导、优生优育指导和计划生育指导能力。
		新生儿沐浴			
		皮下注射			
	2-5-2	案例评估与分析	√	否	
		婴儿抚触			
		体格测量			
儿童护理	2-6-1	案例评估与分析	√	否	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力；具有开展母婴保健、营养与膳食指导、优生优育指导和计划生育指导能力；具有良好的语
		肌肉注射			
		雾化吸入			
	2-6-2	案例评估与分析	√	否	

			体格测量	√		否	言、文字表达能力和沟通能力。
			氧气吸入疗法（氧气筒）				
			案例评估与分析				
			气管异物的急救				
			氧气吸入疗法（氧气筒）				
			2-6-3				
		2-6-4	案例评估与分析	√	否		
			婴儿抚触				
			口服给药				
模块三 专业拓展技能 (3题)	分娩期护理	3-1-1	案例评估与分析	√		是	具有探究学习、终身学习、分析问题和解决问题的能力。具有规范地进行妊娠诊断、产前检查、产程观察、正常接生、产后处理和新生儿处理等助产专科操作能力
			产时新生儿护理				
	产褥期护理	3-2-1	案例评估与分析	√		是	
			按摩子宫				
	母乳喂养指导	3-3-1	案例评估与分析	√		是	
			母乳喂养指导				

## 模块一：专业基础模块

### 项目 1：妇科护理

#### 1. 试题编号：1-1-1 外阴阴道假丝酵母菌病病人的护理

##### (1) 任务描述

朱某，29岁，已婚。因外阴瘙痒、白带异常4天入院就诊。发病前曾因呼吸道感染，用抗生素治疗20天。近日自觉外阴瘙痒难忍，心情烦躁、睡眠欠佳。

任务 1: 请对朱某行护理评估, 并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: 请使用阴道窥器为朱某实施专科检查。

任务 3: 目前医疗诊断为外阴阴道假丝酵母菌病, 请遵医嘱教会朱某自己进行阴道、宫颈上药。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	
资源	(1) 妇科检查床; (2) 模拟妇科检查模型; (3) 处置室备有生活垃圾桶、医用垃圾桶; (4) 立灯; (5) 治疗车; (6) 屏风	
用物	阴道窥器的使用用物: (1) 一次性臀垫; (2) 灭菌阴道窥器; (3) 无菌手套; (4) 快速洗手液; (5) 记录本和笔 宫颈、阴道上药用物: (1) 一次性臀垫; (2) 灭菌阴道窥器; (3) 无菌手套; (4) 无菌包 (内含消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、长镊子或卵圆钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布); (5) 0.5% 碘伏溶液; (6) 药物 (如果是药粉就需要准备一个装好药粉的瓶子加喷粉器); (7) 冲洗壶; (8) 冲洗液 (遵医嘱准备冲洗液); (9) 快速洗手液	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

任务 2: 阴道窥器的使用: 20 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 10 分钟)。

任务 3: 阴道、宫颈上药: 25 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 15 分钟)。

## (4) 评分权重分配 (见下表)

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	阴道窥器的使用	100	30%
3	阴道、宫颈上药	100	30%



## (5) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>		1. 询问病人有无妊娠、糖尿病、大量使用雌激素或长期使用抗生素等发病诱因吗	2		
		2. 询问病人外阴瘙痒程度	2		
		3. 询问病人分泌物量和性状正常吗	2		
		4. 询问病人有没有尿频、尿痛及性交痛	2		
		5. 询问病人担心治愈效果吗	2		
护理问题 <10 分>		1. 舒适度减弱 与外阴瘙痒、灼痛及白带增多有关	4		
		2. 焦虑 与疾病影响生活和工作及疗效不佳有关	3		
		3. 知识缺乏 缺乏预防、治疗阴道炎的相关知识	3		
护理目标 <10 分>		1. 病人舒适度增加	4		
		2. 病人焦虑情绪得到缓解	3		
		3. 病人知晓疾病相关知识	3		
护理措施 <40 分>		1. 一般护理: ①保持外阴干燥、清洁, 避免搔抓及不洁性生活。②治疗期间将所用盆具、内裤等用开水烫洗或煮沸 5~10 分钟以消灭病原体, 避免重复感染。③治疗期间勤换内裤, 禁性生活, 月经期暂停用药。④避免进食辛辣等刺激性食物	10		
		2. 病情观察: 观察外阴瘙痒、白带异常及阴道黏膜充血程度, 按医嘱规范治疗后复查白带	7		
		3. 治疗配合: ①消除诱因: 停止使用抗生素。②指导合理用药: 向病人说明用药目的和方法, 取得配合, 按医嘱完成正规疗程。遵医嘱用 2%~4% 碳酸氢钠溶液阴道冲洗后, 用戴指套的示指将药物置于阴道深处, 晚上睡前放置。③告知病人复查白带前 24~48h 勿阴道灌洗、局部用药或性生活, 避免影响检查结果	10		
		4. 心理护理: 讲解疾病原因, 消除顾虑, 使其积极治疗, 坚持按医嘱规范治疗	6		
		5. 健康指导: 养成良好的卫生习惯, 每日清洗外阴、换内裤, 切忌搔抓; 勿长期使用或滥用抗生素; 性伴侣无需常规治疗	7		
护理效果评价 <10 分>		1. 病人外阴瘙痒是否消失, 舒适度是否增加	4		
		2. 病人焦虑是否减轻或消失	3		
		3. 病人能否叙述疾病的相关知识并配合治疗	3		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1. 具有严谨的工作态度, 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10 分>	1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

### 任务 2: 阴道窥器的使用评分细则

表 2 阴道窥器的使用评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及	病人	1. 核对病人信息	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
准备 <20分>	<9分>	2. 告知病人阴道窥器检查目的，解释并取得合作	3		
		3. 嘱病人排空膀胱	3		
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮、安静，温度、湿度适宜，屏风遮挡或关闭门窗	3		
	操作者 <3分>	穿戴整齐，修剪指甲，洗手，戴口罩	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	5		
实施 <60分>	阴道窥器的使用 <50分>	1. 备齐并检查物品，携带用物至床旁	2		
		2. 再次核对并做好解释，指导病人配合	3		
		3. 协助病人仰卧于检查床上，臀下垫一次性无菌臀垫	5		
		4. 协助病人脱去对侧裤脚盖在近侧腿部，对侧腿用盖被遮盖	5		
		5. 协助病人取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，充分暴露外阴部，屏风遮挡	5		
		6. 将阴道窥器两叶合拢，用润滑剂润滑两叶	5		
		7. 带无菌手套后用一手示指和拇指将双侧小阴唇分开，暴露阴道口，另外一手持阴道窥器向下倾斜45°沿阴道后壁缓慢插入阴道内边推进边将窥器两叶转正并逐渐张开，暴露宫颈、阴道及穹窿部，然后旋转窥器，充分暴露阴道各壁	20		
		8. 取出阴道窥器前，先将前后叶合拢再沿阴道侧后壁缓慢取出	5		
	操作后处理 <10分>	1. 协助病人穿好裤子	2		
		2. 整理臀下垫单及用物，分类预处理	3		
		3. 向病人说明检查情况及注意事项	3		
4. 洗手并记录		2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练	5		
		2. 在规定时间内完成，每超过一分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 病人安全、满意	4		
		2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	3		
		3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	3		
总分			100		

### 任务3：阴道、宫颈上药评分细则

表3 阴道、宫颈上药评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及	病人 <9分>	1. 核对病人信息	3		
		2. 告知病人阴道、宫颈上药的目的及配合事项	3		
		3. 嘱病人排空膀胱	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
准备 <20分>	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮、安静，温度、湿度适宜，屏风遮挡或关闭门窗	3		
	操作者 <3分>	穿戴整齐，修剪指甲，洗手，戴口罩	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	5		
实施 <60分>	阴道、宫颈上药 <50分>	1. 备齐并检查物品，携带用物至床旁	2		
		2. 再次核对并做好解释，指导病人配合	3		
		3. 协助病人仰卧于检查床上，臀下垫一次性无菌臀垫	2		
		4. 协助病人脱去对侧裤脚盖在近侧腿部，对侧腿用盖被遮盖	3		
		5. 协助病人取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，充分暴露外阴部，屏风遮挡	4		
		6. 打开无菌包，戴无菌手套，将消毒棉球放置弯盘内，倒入碘伏溶液，置弯盘于两腿间	4		
		7. 会阴擦洗：右手持卵圆钳夹取干净的药液棉球做外阴擦洗，顺序为小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上 1/3→会阴→肛周→肛门	8		
		8. 阴道准备：用阴道窥器暴露宫颈，左手持冲洗壶，右手持卵圆钳夹取棉球，边冲冲洗液边擦洗，冲洗时转动阴道窥器，以便冲净阴道四周皱襞，最后用卵圆钳夹棉球拭净分泌物及冲洗液	8		
		9. 根据不同剂型药物采取不同的方法上药 (1) 涂擦法：长棉签蘸取药液、均匀涂抹在宫颈活阴道病变处，如为腐蚀性 (2) 喷撒法：粉剂可用喷粉器吸药粉对准宫颈进行喷射，边退阴道窥器边喷药物，使阴道壁均能喷撒上药物 (3) 纳入法：凡栓剂、片剂、丸剂可用长镊子夹药片后放入阴道后穹隆，或带上无菌手套后用示指及中指夹住药片直接放入阴道后穹隆 (4) 病人自己放入药物法：临睡前洗净双手，分开阴唇，用手指将药物沿阴道后壁向下向后推至深处	12		
		10. 退出阴道窥器，用无菌干纱布擦干外阴部残留液体，换上清洁臀垫	4		
	操作后处理 <10分>	1. 协助病人穿好裤子	2		
2. 整理床单位及用物，分类预处理		3			
3. 交代注意事项		3			
4. 洗手并记录		2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	5		
		2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 病人安全、满意	4		
		2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	3		
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	3			
总分			100		

## 项目 2：妊娠期护理

### 1. 试题编号：1-2-1 前置胎盘病人的护理

#### (1) 任务描述

谢某，29 岁，孕 5 产 0，因停经 37 周，阴道流血 2 小时急诊入院。病人于 4 个月前行产前检查一次，未发现异常，今晨 6:00 无明显诱因出现无痛性阴道流血，浸湿一块护理垫及内裤，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。遵医嘱予以给予低流量吸氧每日两次，绝对卧床休息，会阴擦洗保持会阴清洁，硫酸镁抑制宫缩，地塞米松促胎肺成熟，头孢拉定预防感染，氨基酸促进胎儿生长。

任务 1：请你对谢某进行护理评估，提出主要的护理问题，制定有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务 2：请对谢某进行会阴擦洗。

任务 3：请给谢某实施口腔护理。

#### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	会阴擦洗用物：(1) 一次性无菌会阴垫；(2) 一次性手套 1 副；(3) 无菌包（内含会阴擦洗盘 1 个，盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或止血钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布）；(4) 0.5% 碘伏溶液；(5) 洗手液 口腔护理用物：(1) 口腔护理盘（治疗碗 2 个、无菌棉球若干、止血钳 2 把、纱布两块）；(2) 一次性压舌板；(3) 手电筒；(4) 治疗巾；(5) 弯盘；(6) 口腔护理液；(7) 一次性手套；(8) 无菌棉签、剪刀；(9) 病历本；(10) 笔；(11) 漱口杯；(12) 吸管；(13) 开口器（按需准备）；(14) 外用药物（按需准备）；(15) 护理记录单	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评	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	

类型	实施条件	备注
专家		

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

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

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	会阴擦洗	100	30%
3	口腔护理	100	30%

### (5) 评分细则

#### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 询问病人有无阴道出血	4		
	2. 询问病人有无焦虑不安	3		
	3. 询问病人胎动是否正常	3		
护理问题 <10 分>	1. 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	5		
	2. 焦虑 与担心自身及胎儿安危有关	5		
护理目标 <10 分>	1. 病人住院期间为发生感染	5		
	2. 病人心情舒适, 积极配合治疗	5		
护理措施 <40 分>	1. 一般护理: ①保持环境舒适干净, 温湿度适宜, 定期通风, 每日 2 次, 每次 30 分钟, 紫外线消毒室内, 限制探视以及陪护人数; ②遵医嘱予以给予低流量吸氧, 每日 2 次; ③卧床休息, 取左侧卧位, 适当床上活动	6		
	2. 饮食护理: ①多进食高蛋白、高热量、高维生素、含铁多食物, 预防贫血, 保证母儿营养需要; ②多食粗纤维食物, 保持大便通畅; ③避免进食过冷过凉食物, 以免引起腹泻, 诱发宫缩	6		
	3. 用药护理: 遵医嘱予以地塞米松促胎肺成熟、头孢拉定预防感染、氨基酸促进胎儿生长、硫酸镁抑制宫缩等支持治疗, 观察用药疗效及有无副作用	8		
	4. 病情观察: ①严密观察并记录病人生命体征、白细胞计数、阴道流血、有无腹痛等情况; ②遵医嘱听诊胎心音 4 小时/	8		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		次, 定时用胎心监护仪监测胎心率, 如有异常情况及时通知医生			
		5. 预防感染: ①指导病人注意个人卫生, 及时更换护理垫, 大小便后及时清洗; ②遵医嘱进行会阴护理, 早上、下午各一次会阴擦洗, 保持会阴部清洁、干燥	7		
		6. 心理护理: 理解并同情病人的感受, 耐心倾听病人的诉说, 缓解焦虑情绪	5		
护理效果评价 <10分>		1. 病人是否发生感染	5		
		2. 病人焦虑是否减轻或消失	5		
评价 <20分>	技能 <10分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2: 会阴擦洗评分细则

表2 会阴擦洗考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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	3		
		3. 评估病人会阴部的情况	2		
		4. 评估病人心理状况, 解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	关窗户, 拉窗帘, 必要时用屏风遮挡	2		
	操作者 <4分>	1. 着装整齐	2		
		2. 洗手, 戴口罩	2		
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	5			
实施 <60分>	会阴擦洗 <50分>	1. 带用物至病人床旁, 核对病人床号、姓名	2		
		2. 向病人或家属解释会阴擦洗的目的、配合方法及注意事项	2		
		3. 协助病人排尿, 排空膀胱, 清洗外阴	2		
		4. 协助病人取屈膝仰卧位, 双膝屈曲向外分开, 暴露外阴, 屏风遮挡	2		
		5. 臀下垫一次性无菌会阴垫	2		
		6. 打开无菌包, 将消毒棉球放置弯盘内, 倒入碘伏溶液	2		
		7. 将会阴擦洗盘放置床边, 戴一次性手套, 将一个消毒弯盘置于病人会阴部	2		
		8. 用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球, 再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		9. 第1遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧，按照阴阜→大腿内侧上1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗	10		
		10. 第2遍要求由内向外、自上而下、先对侧后近侧，按照小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上1/3→会阴、肛门，每擦洗一个部位更换一个棉球	10		
		11. 第3遍顺序同第2遍	4		
		12. 评估会阴部皮肤	2		
		13. 撤去用物，协助病人穿好裤子，取舒适体位，整理床单位	2		
		14. 按规定处理用物	2		
		15. 洗手，取下口罩，记录	2		
		16. 做好护理记录	2		
	健康指导 <5分>	询问病人的感受，健康指导	5		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	5		
		2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 病人安全、满意	4		
		2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	3		
		3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	3		
总分			100		

### 任务3：口腔护理评分细则

表3 口腔护理考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱	2		
		2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态	3		
		3. 评估病人口腔情况，选择合适漱口溶液：有无松动性牙齿和活动性义齿	2		
		4. 评估病人心理状况，解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	清洁、安静、明亮，符合操作要求	2		
	操作者 <4分>	1. 着装整齐	2		
2. 洗手，戴口罩		2			
	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	5		
实施 <60分>	口腔	1. 推车带用物至病人床旁，核对病人床号、姓名并核对手腕标识带	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理 <50分>		2. 向病人成家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项	2		
		3. 协助病人取合适体位，头偏向一侧(右侧)，面向护士	2		
		4. 戴手套，取治疗巾铺于颌下，弯盘放于口角旁，清点棉球数量	4		
		5. 先湿润口唇与口角，再协助病人用吸水管吸水漱口（昏迷病人禁止漱口）	2		
		6. 嘱病人张口(昏迷病人使用开口器协助张口)，观察口腔情况，有活动性义齿的取下义齿，用冷开水冲洗干净浸于冷水中	3		
		7. 嘱病人咬合上下齿，用压舌板撑开左侧颊部，夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面，（由白齿擦向门齿）同法擦洗对侧	8		
		8. 嘱病人张口(昏迷病人使用开口器协助张口)，依次擦洗牙齿左上内侧面、左上咬合面、左下内侧面、左下咬合面、弧形擦洗左侧颊部，同法擦洗右侧	10		
		9. 擦洗硬腭部、舌面及舌下	3		
		10. 再次漱口	2		
		11. 遵医嘱给口腔黏膜异常者用药	2		
		12. 再次评估口腔情况	2		
		13. 收弯盘，清点棉球数量，根据需要协助病人佩戴义齿	4		
		14. 取下治疗巾，协助病人取舒适卧位，整理床单位	3		
		15. 按规定处理用物，脱手套，	3		
		16. 洗手，取下口罩，记录	3		
健康指导 <5分>		询问病人的感受，健康指导	5		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 病人满意，口腔清洁、舒适，无口腔黏膜、牙龈出血	2		
		2. 操作规范，流程熟练，能正确选择口腔护理液	3		
		3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 仪表举止大方得体，关爱病人，体现整体护理理念	5		
2. 护患沟通有效，病人合作		5			
总分			100		

## 2. 试题编号：1-2-2 剖宫产术后产妇的护理

### (1) 任务描述



张某，女，33岁，G3P2，孕37周+1，剖宫产史的妊娠（两次），因血压升高29+天入院。次日12:29在全身麻醉下行子宫下段剖宫产术下顺利剖出一活婴，失血200ml，输液1000ml，产后血压、脉搏平稳，返回病房。17:28常规查房时，病人自诉浑身无力、疲劳乏力，稍微活动下就气喘吁吁、头晕，手术刀口疼痛，不敢大幅度活动。插尿管处不舒服，伤口疼痛，双侧乳房有点胀痛。评估发现病人腹软、腹部伤口敷料有渗出物，宫底平脐，子宫收缩可，质硬，留置导尿管引流通畅，尿色偏红，双侧乳房稍硬，轻度水肿。病人面色苍白，精神状态欠佳，神情疲惫，呼吸25次/分，脉搏94次/分，BP138/86mmHg，床上翻身、洗脸等日常活动需要家属协助，活动后病人感胸闷、头晕，出汗。

任务1：请你对张某进行护理评估，提出主要的护理问题，制定有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：请对张某进行床上擦浴促进舒适。

任务3：请给张某进行会阴擦洗保持会阴部清洁干燥。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	床上擦浴用物： (1) 按摩膏；(2) 温水（50~52℃）；(3) 大浴巾；(4) 小方毛巾 2~3条；(5) 弱酸性溶液（或香皂）；(6) 清洁衣裤；(7) 水桶 2个（盛热水和污水用）(8) 脸盆、足盆、会阴盆；(9) 护肤用品；(10) 以下用物必要时可选备：便盆、剪指刀、护理记录单 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	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：床上擦浴：30 分钟（其中用物准备 8 分钟，操作 22 分钟）。

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

(4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	床上擦浴	100	30%
3	会阴擦洗	100	30%

(5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 询问病人术后进食情况，恶露量多少	3		
	2. 询问病人手术切口处有无疼痛	3		
	3. 询问病人活动后有无心跳加速等不适感	2		
	4. 询问病人有无焦虑不安	2		
护理问题 <10 分>	1. 活动无耐力 与剖宫产术后切口疼痛、疲乏、体质虚弱有关	5		
	2. 舒适度减弱 与术后切口疼痛、不活动或体位姿势不适、会阴部恶露有关	5		
护理目标 <10 分>	1. 病人活动量能逐渐增加且不感疲乏	5		
	2. 病人自述舒适感增加	5		
护理措施 <40 分>	1. 环境安全、舒适，室温 20~25℃，湿度 55~65%；呼叫器放于床头，生活用品放于床头柜	3		
	2. 饮食护理：术后 6 小时内禁食禁水，6 小时清淡流质饮食，如骨头汤、瘦肉；避免摄入生冷、辛辣、刺激食物	5		
	3. 活动与休息：术后去枕 6~8 小时后可采取半卧位或侧卧位，减轻腹部切口张力，减轻疼痛；术后 24 小时鼓励尽早下床活动	6		
	4. 用药护理：遵医嘱补液及予以抗生素预防感染，静滴缩宫素促进子宫收缩	5		
	5. 病情观察：吸氧，持续心电监护至术后 24 小时；观察腹部切口、宫缩、宫底高度、阴道流血等情况	5		
	6. 留置导尿管护理：妥善固定导尿管，保持尿管通畅，防止受压、扭曲、过度牵扯；遵医嘱予以会阴擦洗，每日 2 次，保持会阴部清洁干燥，集尿管每日更换一次	5		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		7. 促进身体舒适：指导病人翻身、咳嗽时轻按腹部两侧以减轻疼痛，必要时遵医嘱给予止痛药；减少不良刺激，促进睡眠；用温水擦净皮肤，协助整理头发、洗脸、刷牙	8		
		8. 心理护理：加强沟通，介绍剖宫产术后相关知识，消除病人的紧张情绪和顾虑	3		
护理效果评价 <10分>		1. 病人活动量是否逐渐增加且不感疲乏	5		
		2. 病人舒适感是否增加	5		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	5		
		2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 病人安全、满意	5		
2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人		5			
总分			100		

## 任务2：床上擦浴评分细则

表2 床上擦浴考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20分>	病人 <7分>	1. 核对病人的床号、姓名、手腕带	2		
		2. 意识状况、活动能力、皮肤情况及合作程度、伤口及引流管情况	3		
		3. 解释操作目的，按需要给予便器	2		
	环境 <3分>	关闭门窗，调节室温24℃以上，屏风遮挡	3		
	操作者 <3分>	衣帽整洁、修剪指甲，洗手，戴口罩	3		
	用物 <7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	7		
实施 <60分>	上身擦浴 <33分>	1. 将用物带至病人床旁，核对床号、姓名、手腕带，解释目的	2		
		2. 根据病情放平床头及床尾支架，放平近侧床挡，松开床尾盖被，协助病人移近护士，取舒适卧位	2		
		3. 将脸盆和香皂放在床旁椅上，倒热水至脸盆（2/3满），测试水温	2		
		4. 擦洗面部：用微湿温热小毛巾包在手上成手套状，擦拭面部（顺序：内眦→外眦→额部→面颊→鼻翼→耳廓→耳后→颌下→颈部），清洗毛巾后再用较干的毛巾擦拭一遍	5		
		5. 擦上肢、胸、腹部：协助病人脱上衣（先脱近侧，再脱远侧，如有肢体外伤或活动障碍，应先脱健侧，再脱患侧），擦洗部位下铺浴巾。分别用涂香皂的湿毛巾、清洁毛巾依次擦洗一侧上肢、胸、腹部，用较干毛巾再擦一遍，最后用浴巾擦干。同法擦洗对侧（口述）。注意洗净腋窝、指尖、乳房下皱褶处、脐部	9		
		6. 擦后颈、背、臀部：协助病人侧卧或俯卧，依次擦洗后颈部、背部、臀部	5		
		7. 擦洗后酌情用按摩膏按摩受压部位（鱼际肌按摩脊柱两旁，拇指指腹按摩椎间，受压处局部按摩），根据季节涂护肤用品	5		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
	下身擦浴 <17分>	8. 协助病人穿清洁上衣（先穿对侧，后穿近侧，如有肢体外伤或活动障碍，应先穿患侧，后穿健侧）	3		
		1. 擦下肢：换水、协助病人平卧、脱裤，擦洗近侧下肢，同法擦洗另一侧	5		
		2. 洗脚：换水、盆、毛巾，将双脚移入盆内浸泡、洗净、擦干	5		
		3. 清洗会阴：换水、盆、毛巾、洗净会阴	5		
	操作后处理 <10分>	4. 穿上清洁裤子	2		
		1. 观察病人面色、生命体征及病情变化	2		
		2. 按需剪病人指（趾）甲、梳发、涂护肤品（口述）	1		
		3. 协助病人取舒适体位	2		
		4. 整理床单位，按需更换床单	2		
		5. 整理用物，垃圾分类处理	2		
	评价 <20分>	技能 <10分>	6. 洗手并记录	1	
1. 操作时动作规范、熟练、轻柔			5		
素养 <10分>		2. 在规定时间内完成，每超过一分钟扣1分，扣满5分为止	5		
		1. 举止端庄，仪表大方	3		
		2. 沟通有效，解释合理	3		
3. 操作中体现出对病人的人文关怀	4				
总分			100		

### 任务3：会阴擦洗评分细则

表3 会阴擦洗考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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	3		
		3. 评估病人会阴部的情况	2		
		4. 评估病人心理状况，解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	关窗户，拉窗帘，必要时用屏风遮挡	2		
	操作者 <4分>	1. 着装整齐	2		
		2. 洗手，戴口罩	2		
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	5			
实施 <60分>	会阴擦洗 <50分>	1. 带用物至病人床旁，核对病人床号、姓名	2		
		2. 向病人或家属解释会阴擦洗的目的、配合方法及注意事项	2		
		3. 协助病人排尿，排空膀胱，清洗外阴	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		4. 协助病人取屈膝仰卧位, 双膝屈曲向外分开, 暴露外阴, 屏风遮挡	2		
		5. 臀下垫一次性无菌会阴垫	2		
		6. 打开无菌包, 将消毒棉球放置弯盘内, 倒入碘伏溶液	2		
		7. 将会阴擦洗盘放置床边, 戴一次性手套, 将一个消毒弯盘置于病人会阴部	2		
		8. 用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球, 再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗	2		
		9. 第 1 遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧, 按照阴阜→大腿内侧上 1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗	10		
		10. 第 2 遍要求由内向外、自上而下、先对侧后近侧, 按照小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上 1/3→会阴、肛周, 每擦洗一个部位更换一个棉球	10		
		11. 第 3 遍顺序同第 2 遍	4		
		12. 评估会阴部皮肤	2		
		13. 撤去用物, 协助病人穿好裤子, 取舒适体位, 整理床单位	2		
		14. 按规定处理用物	2		
		15. 洗手, 取下口罩, 记录	2		
		16. 做好护理记录	2		
		健康指导 <5 分>	询问病人的感受, 健康指导	5	
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1. 操作规范, 动作熟练、轻柔, 测量结果准确	5		
		2. 在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣完 5 分为止	5		
	素养 <10 分>	1. 病人安全、满意	4		
		2. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人	3		
	3. 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适	3			
总分			100		

### 3. 试题编号: 1-2-3 胎膜早破病人的护理

#### (1) 任务描述

李某, 初产妇, 孕 30 周+2, 阴道流水 6 小时由 120 送入院。查体: T36.3℃, P106 次/分, R17 次/分, BP118/79mmHg。产科检查: 宫高 30cm, 腹围 92cm, 头先露, 未入盆, 腹部未扪及明显宫缩, 胎心 140/149 次/分, 无宫缩, 未

见红，宫口已开，胎膜已破，羊水清亮，骨盆外测量无明显异常。初步诊断：胎膜早破；孕 2 产 0，孕 30 周+2，双胞胎，先兆早产。遵医嘱予以期待疗法，指导病人抬高臀部，绝对卧床休息。入院第二天查房，病人诉床单被羊水弄脏，要求更换床单。

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

任务 2：请为李某进行生命体征测量。

任务 3：请为李某卧有病人床更换床单。

### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	生命体征测量用物：(1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃ 以下）；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 血压计；(4) 听诊器；(5) 表（有秒针）；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾；(10) 干棉球；(11) 卫生纸；(12) 润滑油；(13) 病历本及护理记录单（按需准备） 卧有病人床更换床单用物：护理车上层置：(1) 盖被（含棉胎）；(2) 枕套；(3) 一次性中单；(4) 大单；中层置：(5) 手消毒液；(6) 一次性手套；(7) 卫生纸；(8) 弯盘；(9) 床刷；(10) 病历本及护理记录单（按需准备）；(11) 刷套；下层置：(12) 便盆；(13) 便盆巾	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：生命体征测量：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	生命体征测量	100	30%
3	卧有病人床更换床单	100	30%

## (5) 评分细则

### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 询问病人诱发胎膜早破的原因，确定胎膜破裂的时间，妊娠周数，是否有宫缩及感染的征象	3		
	2. 询问病人腹压增加后液体流出是否增加	3		
	3. 询问病人有无全身发热、无力等不适	2		
	4. 询问病人有无焦虑不安	2		
护理问题 <10 分>	1. 有感染的危险 与胎膜早破后下生殖道内病原体上行感染易造成羊膜腔内感染有关	4		
	2. 焦虑 与担心自身及胎儿安危有关	3		
	3. 潜在并发症：早产、脐带脱垂、胎盘早剥	3		
护理目标 <10 分>	1. 病人无感染或感染征象被及时发现并控制	4		
	2. 病人焦虑缓解，情绪稳定	3		
	3. 母子未发生并发症或得到有效防治	3		
护理措施 <40 分>	1. 加强监护，预防并发症：指导病人绝对卧床，抬高臀部，预防脐带脱垂；避免外界刺激诱发宫缩，保持大便通畅，禁忌灌肠，避免不必要的肛门检查和阴道检查	8		
	2. 预防感染：指导病人保持外阴清洁、干燥，勤换会阴垫和内衣裤；破膜超过 12h 者遵医嘱给予抗生素；每日测体温 2 次，注意阴道排液性状，定期复查白细胞计数	10		
	3. 治疗配合：遵医嘱应用宫缩抑制剂如硫酸镁，防止早产。密切监测胎儿有无缺氧征象。遵医嘱应用糖皮质激素，促进胎肺成熟，防止早产儿呼吸窘迫综合征	10		
	4. 心理护理：说明治疗方法及注意事项，多陪伴及安慰病人，减轻焦虑	6		
	5. 健康指导：加强孕期卫生保健指导，加强营养，积极防治生殖道炎症。孕晚期避免性生活及重体力劳动	6		
护理效果评价 <10 分>	1. 病人是否发生感染或被有效控制	4		
	2. 病人焦虑是否缓解，情绪是否稳定	3		
	3. 母子是否发生并发症或得到有效防治	3		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1 案例内容要素完整	5	
		2. 评估程序规范，熟练	5	
	素养 <10 分>	1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5	
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5	
总分		100		

## 任务2：生命体征测量评分细则

表 2 生命体征测量考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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		
		2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩	2		
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	5			
实施 <60分>	测量体温 <10分>	1. 再次核对个人信息并进行有效沟通，体位准备符合要求	2		
		2. 选择体温测量方法合适，指导正确，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. 异常脉搏判断正确，处理及时	3		
	测量呼吸 <8分>	1. 沟通有效，病人放松	2		
		2. 测量方法、时间正确	2		
		3. 呼吸记录正确	2		
		4. 异常呼吸判断方法正确，处理及时	2		
	测量血压 <20分>	1. 沟通有效，体位准备符合要求	2		
		2. 袖带缠绕部位正确，松紧度适宜，听诊器胸件放置位置恰当	2		
		3. 血压计 0 点、肱动脉、心脏在同一水平	2		
		4. 充气量合适	2		
		5. 放气速度适宜	3		
		6. 血压读数准确	3		
		7. 血压计初步处理方法正确，一次性垫巾处理正确	3		
		8. 协助病人取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确	3		
测量后处理 <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>	技能 <10分>	1. 病人安全、满意	2		
		2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	3		
		3. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣完 5 分为止	5		
	素养 <10分>	1. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	5		
2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	5				
总分			100		



### 任务3：卧有病人床更换床单评分细则

表3 卧有病人床更换床单评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备<20分>	病人<8分>	1. 全身情况：病情、治疗情况、意识、自理能力	2		
		2. 局部情况：有无伤口、肢体功能障碍、活动受限、排便异常、局部皮肤红肿、溃烂等情况	4		
		3. 心理状况、合作程度、健康知识	2		
	环境<2分>	关门窗，调节室温，根据情况遮挡病人，同病室内无病人治疗或进餐	2		
	操作者<2分>	1. 洗手，戴口罩	1		
		2. 着装整洁，端庄大方	1		
用物<8分>	用物准备齐全；逐一对用物进行评估，质量符合要求，物品摆放有序，符合操作原则	8			
实施<60分>	松单<15分>	1. 将用物带至病人床旁，核对床号、姓名，解释目的	3		
		2. 移开床旁桌椅，根据情况放平床尾、床头支架，按需给便盆	3		
		3. 松开床尾盖被，将病人枕头移向对侧，并将病人移向对侧，翻身前后妥善安置各引流管，保证病人安全	3		
		4. 松开近侧大单、中单，用中单擦净橡胶单，将中单卷起塞入病人身下，橡胶单搭于病人身上，将大单卷起塞入病人身下，扫净床褥上渣屑	6		
	铺单<12分>	5. 将清洁大单中线对齐打开，对侧半幅内折卷好塞入病人身下，近侧半幅依大单铺法铺好	6		
		6. 放平橡胶单，铺中单于胶单上打开，对侧中单的半幅内折卷起塞入病人身下，近侧半幅橡胶单和中单一并塞入床垫下	6		
	同法换对侧床单<18分>	7. 助病人侧卧或平卧于铺好的一侧，转至对侧松开底层各单	6		
		8. 擦尽橡胶单，将污中单放床尾，橡胶单搭于病人身上，将污大单卷至床尾与污中单一并放入护理车下层，扫尽褥上渣屑	6		
		9. 依序将大单、橡胶单、中单各层展开铺好，助病人仰卧于床中间	6		
	换被套、枕套<13分>	10. 协助病人平卧，解开污染被套，将已套好的干净被套（含棉胎）铺于污被套上，撤去污被套（含棉胎），将干净被套折成被筒，尾端内折与床尾平齐拉平盖被，折成被筒，尾端内折与床尾平齐	8		
		11. 一手托起病人头颈部，一手取出枕头，更换枕套，置于病人头下，协助病人取舒适体位	5		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
	处理 <2分>	12. 桌椅归位，洗手、取下口罩	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 护士操作规范，流程熟练，符合节力原则	5		
		2. 在规定的时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 护士仪表举止大方得体，护患沟通有效，关爱病人，体现整体护理理念	5		
		2. 病人满意，感觉清洁、舒适、安全，无不适和病情变化	5		
总分			100		

#### 4. 试题编号：1-2-4 妊娠合并风湿性心脏病病人的护理

##### (1) 任务描述

张某，29岁，孕1产0，现妊娠33周+2。风湿性心脏病史6年，既往无心衰史。近半个月来，每天上班走到4楼办公室即心慌、气短、感疲劳，休息片刻后好转，休息时无任何不适，平时饮食、二便正常。查体：T 36.5℃，BP122/74mmHg，P100次/分，R18次/分，心率100次/分，律齐，心尖区闻及隆隆样舒张期杂音，肺部未闻及明显湿啰音，肝脾未触及，下肢无浮肿。子宫符合孕33周大小，B超示胎儿正常。病人精神紧张，担心自身及胎儿有危险。

任务1：请对张某进行护理评估，并提出主要的护理问题，提出有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：请为张某进行心电图技术检查。

任务3：请为张某实施生命体征测量。

##### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(6) 氧气筒（置床旁）	

类型	实施条件	备注
用物	心电图技术用物：心电图机（含导连线）、医嘱单、弯盘 1 个、装有酒精棉球器皿 1 个、持物钳 1 把、纱布 1 块，治疗卡、笔 生命体征测量用物：（1）治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃ 以下）；（2）盛有消毒液的容器；（3）血压计；（4）听诊器；（5）表（有秒针）；（6）弯盘；（7）记录本和笔；（8）手消毒剂；（9）一次性袖带垫巾；（10）干棉球；（11）卫生纸；（12）润滑油；（13）病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### （3）考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：心电图技术检查：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：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

### （4）评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	心电图技术检查	100	30%
3	生命体征测量	100	30%

### （5）评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 询问病人心脏病有关的既往史、诊疗经过及心功能状态？有无出现过心力衰竭等	2		
	2. 询问病人有无诱发心力衰竭的潜在因素存在，如便秘、感染、日常工作状态等	3		
	3. 病人有无活动受限？有无发绀？有无早期心衰的表现	2		
	4. 询问病人有无焦虑紧张	3		
护理问题 <10 分>	1. 焦虑：与担心胎儿和自身安全有关	4		
	2. 活动无耐力：与心脏负荷增加、心功能不全有关	3		
	3. 潜在并发症：心力衰竭、感染	3		
护理目标 <10 分>	1. 病人焦虑程度能减轻，舒适感增加	4		
	2. 病人卧床期间生活需要能得到满足	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		3. 病人住院期间不发生心力衰竭、感染	3		
护理措施 <40分>		1. 心理护理：耐心解释病情、孕期注意事项、治疗方法等，增加病人安全感，缓解焦虑紧张；鼓励家属陪伴，给予爱的支持	7		
		2. 密切监测病情：评估心功能情况，动态监测生命体征、心功能变化，监护胎儿宫内状况，及早发现心衰和胎儿窘迫征象	7		
		3. 减轻心脏负担，防治心衰：遵医嘱用药，预防心力衰竭。消除诱发心衰的因素，积极防治贫血、上呼吸道感染等并发症	7		
		4. 休息与活动：每日保证睡眠8~10小时，午休2小时，取左侧卧位或半卧位，限制体力活动，避免过度劳累及情绪激动	7		
		5. 合理营养：摄取高蛋白、高维生素、低盐饮食，多食蔬菜水果以防便秘；控制体重，整个孕期不宜超过10kg；孕16周后限制食盐，<4~5g/d，防止水肿	6		
		6. 健康教育：指导病人及家属掌握自我监护技巧，如每日称体重、测心率、胎动计数及记录出入量，识别早期心力衰竭症状	6		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：心电图技术检查评分细则

表2 心电图技术检查考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估与准备 <20分>	病人 <9分>	1. 核对医嘱，转抄医嘱	2		
		2. 核对病人信息，并解释取得合作	3		
		3. 评估病人病情，手腕、脚踝、胸部皮肤情况	4		
	环境 <3分>	4. 环境整洁，光线充足，温、湿度适宜，能保护患者隐私	3		
	操作者 <3分>	5. 自身衣帽着装整齐，洗手，戴口罩	3		
	用物 <5分>	6. 物品准备齐全，符合操作要求	5		
实施 <60分>		1. 再次核对患者信息，并交代注意事项	5		
		2. 检查导连线是否紧密，连接心电图机电源	2		
		3. 检查并确认病人身上无干扰物品	3		
		4. 协助病人取平卧位，暴露导联连接身体的部位，注意保护隐私	3		
		5. 口述各导联的连接部位	12		
		6. 连接各导联，导联位置正确	12		
		7. 协助病人整理衣物、盖被	2		
		8. 正确作图并正确记录病人的姓名、年龄、性别	5		

		9. 撤除导联，协助病人整理衣服，整理床单位	3		
		10. 洗手，脱口罩，记录	6		
		11. 报告检查结果	2		
		13. 询问病人的感受，并健康指导	3		
		14. 整理用物	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 病人安全、满意	2		
		2. 操作规范，动作熟练、轻柔	3		
		3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素质 <10分>	1. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适	5		
2. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人		5			
总分			100		

### 任务3：生命体征测量评分细则

表 3 生命体征测量考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
实施 <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. 异常脉搏判断正确，处理及时	3		
	测量 呼吸 <8分>	1. 沟通有效，病人放松	2		
		2. 测量方法、时间正确	2		
		3. 呼吸记录正确	2		
		4. 异常呼吸判断方法正确，处理及时	2		
	测量 血压 <20分>	1. 沟通有效，体位准备符合要求	2		
		2. 袖带缠绕部位正确，松紧度适宜，听诊器胸件放置位置恰当	2		
3. 血压计0点、肱动脉、心脏在同一水平		2			
4. 充气量合适		2			
5. 放气速度适宜		3			

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		6. 血压读数准确	3		
		7. 血压计初步处理方法正确，一次性垫巾处理正确	3		
		8. 协助病人取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确	3		
	测量后处理 <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>	技能 <10分>	1. 病人安全、满意	2		
		2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	3		
		3. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人	5		
		2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	5		
总分			100		

### 项目 3：产褥期护理

#### 1. 试题编号：1-3-1 产褥期产妇的护理

##### (1) 任务描述

方女士，25岁，已婚，足月妊娠，正常分娩后4小时。自诉：阴道流血不多，无腹痛及腹胀，已排尿。检查：T：37.5℃，子宫硬，宫底在脐上一横指，外阴轻度水肿，恶露暗红色、腥味，量中，双乳不胀，挤压乳头有乳汁分泌。

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

任务 2：请对方某进行会阴擦洗护理。

任务 3：请对方某进行生命体征测量。

##### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	会阴擦洗用物：(1) 一次性无菌会阴垫；(2) 一次性手套 1 副；(3) 无菌包（内含会阴擦洗盘 1 个，盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或止血钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布）；(4) 0.5% 碘伏溶液；(5) 洗手液	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备

类型	实施条件	备注
	生命体征测量用物：(1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃以下）；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 血压计；(4) 听诊器；(5) 表(有秒针)；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾；(10) 干棉球；(11) 卫生纸；(12) 润滑油；(13) 病历本及护理记录单（按需准备）	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

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

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

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

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	询问病人阴道流血的量、颜色、气味	5		
	有无腹痛；有无焦虑不安	5		
护理问题 <10 分>	1. 焦虑 与缺乏母乳喂养、育儿经验等因素有关	5		
	2. 有感染的危险 与阴道出血等因素有关	5		
护理目标 <10 分>	1. 病人焦虑情绪得到缓解	3		
	2. 病人住院期间未发生感染	3		
	3. 情绪逐渐稳定，能够配合治疗	4		
护理措施 <40 分>	1. 心理护理：①与病人建立良好的关系，尊重病人；②促进病人产后心理调试，精神放松，提供帮助，主动为病人及孩子提供日常生活护理；③对病人及其家属讲解自我护理及新生儿护理的相关知识	8		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		2. 一般护理：①提供良好的修养环境，温湿度适宜，定时通风换气；②保持床单位的整洁、干燥，及时更换会阴垫；③指导病人摄入足够的营养，保证充足的睡眠；④保持大小便通畅，鼓励病人产后4小时内排尿，尽早下床活动，多饮水，保持大便通畅；⑤产后6~12小时可下床轻微活动，产后24小时可在室内随意走动	10		
		3. 加强监护：①预防产后出血：严密观察病人生命体征、子宫收缩情况及阴道出血情况，每次观察均应按压宫底排出积血；②预防感染：观察生命体征，每日测量体温、脉搏、呼吸、血压3次；观察子宫复旧及恶露，每日手测子宫底高度了解子宫复旧情况，观察恶露的量、颜色和气味	8		
		4. 母乳喂养指导：①鼓励并指导母乳喂养；②母婴同室，保证充足吸吮，指导保持正确的母乳喂养方法；③告知病人及其家属喂养的次数及时间、新生儿有效吸吮的指征、母乳喂养的注意事项；④母乳不足时，指导病人及其家属正确的哺乳方法，调节饮食，多喝汤，按需哺乳、坚持夜间哺乳，鼓励病人树立母乳喂养的信心	8		
		5. 会阴护理：勤换会阴垫、内裤；大便后用水清洗，保持会阴部清洁；会阴擦洗每日2~3次	6		
护理效果评价 <10分>		1. 病人焦虑情绪是否得到缓解	3		
		2. 病人住院期间有无发生感染	3		
		3. 病人情绪是否逐渐稳定，能否配合治疗	4		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 案例内容要素完整	5		
	素养 <10分>	1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：会阴擦洗评分细则

表2 会阴擦洗评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <10分>	1. 核对产妇信息	1		
		2. 告知会阴擦洗的目的，解释并取得合作，确认无碘剂过敏	3		
		3. 嘱产妇排空膀胱	3		
		4. 评估产妇会阴情况：会阴有无红肿，有无留置尿管；分泌物有无异味	3		
	环境 <2分>	现场环境符合操作要求	2		
	操作者 <3分>	着装整洁	3		
	用物 <5分>	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	5		
实施	会阴擦洗	1. 协助产妇脱去对侧裤脚盖在近侧腿部，对侧腿用盖被遮	5		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
<60分>	<55分>	盖，充分暴露外阴部			
		2.协助产妇取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，暴露外阴，屏风遮挡	5		
		3.臀下垫一次性无菌会阴垫	5		
		4.打开无菌包，将消毒棉球放置弯盘内，倒入碘伏溶液	5		
		5.将会阴擦洗盘放置床边，戴一次性手套，将一个消毒弯盘置于产妇会阴部	5		
		6.用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球，再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗	5		
		7.第1遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧，按照阴阜→大腿内侧上1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗	10		
		8.第2遍要求由内向外、自上而下、先对侧后近侧，按照小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上1/3→会阴、肛周，每擦洗一个部位更换一个棉球	10		
		9.第3遍顺序同第2遍（口述）	5		
		操作后处理<5分>			
	1.撤去用物，协助产妇穿好裤子，取舒适体位，整理床单位	1			
	2.整理用物	2			
	3.消毒双手	2			
评价<20分>	技能<10分>	1.操作规范，动作熟练	5		
		2.在规定时间内完成每超过一分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养<10分>	1.态度和蔼，关心体贴，注意隐私保护	5		
		2.语言亲切，沟通有效，产妇合作，健康教育合适	5		
总分			100		

### 任务3：生命体征测量评分细则

表3 生命体征测量评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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		
2.洗手/消毒手方法正确，戴口罩		2			
	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	5		
实施<60分>	测量体温	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		

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

## 2. 试题编号: 1-3-2 会阴水肿产妇的护理

### (1) 任务描述

吴女士, 24 岁, 孕 1 产 1。因停经 39+3 周, 阵发性下腹痛 4 小时入院。入院 10 小时后宫口开全, 因“会阴水肿、第二产程延长”行会阴侧切术, 娩出一男活婴, 体重 3550g, 新生儿出生后情况良好。产后第 1 天, 产妇自诉下腹部阵发性胀痛, 伴下腹部变硬, 阴道流血略多于月经量, 哺乳时加剧。查: T37.2°C, P80 次/分, BP110/80mmHg, R18 次/分, 子宫收缩良好, 宫

底平脐，恶露量同经量，暗红色，无臭味。会阴切口处微红，无脓性分泌物，无压痛。会阴及左侧大小阴唇明显水肿。

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

任务 2：请为吴女士进行会阴擦洗。

任务 3：请为吴女士进行会阴湿热敷。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 会阴擦洗模型；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(6) 屏风	
用物	会阴擦洗用物：(1) 一次性无菌会阴垫；(2) 一次性手套 1 副；(3) 无菌包（内含会阴擦洗盘 1 个，盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或止血钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布）；(4) 0.5% 碘伏溶液；(5) 洗手液 会阴湿热敷用物：(1) 一次性垫巾 1 块；(2) 一次性治疗巾 1 块；(3) 会阴垫 1 块；(4) 无菌弯盘 2 个；(5) 镊子 2 把；(6) 无菌纱布若干；(7) 棉垫；(8) 大小棉签各一包；(9) 医用凡士林；(10) 0.2% 碘伏；(10) 装有煮沸的 50% 硫酸镁或 95% 乙醇的治疗碗；(11) 无菌治疗碗（杯）一个；(12) 水温计；(13) 手消毒剂；(14) 必要时备热源袋或红外线灯	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

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

任务 3：会阴湿热敷：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

## (4) 评分权重分配（见下表）

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

## (5) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.评估分娩过程是否顺利; 产后出血量及会阴撕裂程度	3		
	2.观察恶露的量、颜色及气味; 检查会阴伤口愈合情况、水肿的严重程度; 评估产后 4 小时是否排尿, 评估产后是否存在便秘的症状	4		
	3.评估产妇的心理-社会支持状况; 评估家庭氛围、同事关系等社会支持	3		
护理问题 <10 分>	1.焦虑 与担心新生儿进食、产褥期恢复预后有关	2		
	2.疼痛 与产后宫缩痛有关	2		
	3.舒适的改变 与产后宫缩痛、会阴切开及恶露有关	3		
	4.有感染的危险 与会阴切开、红肿有关	3		
护理目标 <10 分>	1.产妇住院期间情绪逐渐稳定, 能够配合治疗护理	2		
	2.产妇产后 2~3 天宫缩痛逐渐减轻消失	2		
	3.产妇产后 2~3 天表示不适程度明显减轻	3		
	4.产妇住院期间会阴水肿消失, 生命体征稳定且正常	3		
护理措施 <40 分>	1.心理护理: ①与产妇建立良好的关系, 尊重产妇; ②促进产妇产后心理调试; ③对产妇及其家属讲解自我护理及新生儿护理的相关知识	5		
	2.一般护理: ①提供良好的修养环境, 温湿度适宜, 定时通风换气, 避免对流风; ②保持床单位的整洁、干燥; ③指导产妇摄取足够的营养, 保证充足的睡眠; ④保持大小便通畅; ⑤产后 6~12 小时可下床轻微活动, 产后 24 小时可在室内随意走动	10		
	3.加强监护, 预防并发症: ①预防产后出血: 严密观察产妇生命体征、子宫收缩情况及阴道出血情况; ②预防感染: 观察生命体征、子宫复旧及恶露情况	6		
	4.宫缩痛护理: 向产妇及其家属解释宫缩痛的原因, 减少产妇的困惑及无助感, 提高应对宫缩痛的勇气	4		
	5.会阴护理: ①勤换会阴垫, 大便后用水清洗, 保持会阴部清洁, 会阴擦洗每日 2~3 次; ②会阴水肿的产妇, 遵医嘱予硫酸镁会阴湿热敷, 产后 24 小时后用远红外线灯照射, 每日 2 次; 会阴局部硬结: 大黄、芒硝外敷; ③嘱产妇取会阴伤口对侧卧位, 观察切口有无红肿、硬结及分泌物	15		
护理效果评价 <10 分>	1.产妇情绪是否稳定, 是否主动参与新生儿及自我护理。	2		
	2.产后宫缩痛是否 2 天后自然消失。	2		
	3.产妇会阴水肿是否消退, 舒适度是否增加。	3		
	4.产妇体温是否正常, 是否发生感染。	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评价 <20分>	技能 <10分>	1.具有严谨的工作态度，案例分析清晰、准确	5		
		2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1.对产妇态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2.能根据产妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：会阴擦洗评分细则

表2 会阴擦洗考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20分>	产妇 <10分>	1.核对产妇信息	1		
		2.告知会阴擦洗的目的，解释并取得合作，确认无碘剂过敏	3		
		3.嘱产妇排空膀胱	3		
		4.评估产妇会阴情况：会阴有无红肿，有无留置尿管；分泌物有无异味	3		
	环境 <2分>	现场环境符合操作要求	2		
	操作者 <3分>	着装整洁	3		
	用物 <5分>	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	5		
实施 <60分>	会阴擦洗 <55分>	1.协助产妇脱去对侧裤脚盖在近侧腿部，对侧腿用盖被遮盖，充分暴露外阴部	5		
		2.协助产妇取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，暴露外阴，屏风遮挡	5		
		3.臀下垫一次性无菌会阴垫	5		
		4.打开无菌包，将消毒棉球放置弯盘内，倒入碘伏溶液	5		
		5.将会阴擦洗盘放置床边，戴一次性手套，将一个消毒弯盘置于产妇会阴部	5		
		6.用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球，再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗	5		
		7.第1遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧，按照阴阜→大腿内侧上1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗	10		
		8.第2遍要求由内向外、自上而下、先对侧后近侧，按照小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上1/3→会阴、肛周，每擦洗一个部位更换一个棉球	10		
		9.第3遍顺序同第2遍（口述）	5		
	操作后 处理 <5分>	1.撤去用物，协助产妇穿好裤子，取舒适体位，整理床单位	1		
	2.整理用物	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		3.消毒双手	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范,动作熟练	5		
		2.在规定时间内完成每超过一分钟扣1分,扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.态度和蔼,关心体贴,注意隐私保护	5		
		2.语言亲切,沟通有效,产妇合作,健康教育合适	5		
总分			100		

### 任务3: 会阴湿热敷评分细则

表3 会阴湿热敷评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20分>	产妇 <9分>	1.核对医嘱	1		
		2.评估产妇全身情况:病情、意识状态、肢体活动能力、治疗情况、用药史、过敏史	2		
		3.评估产妇局部情况:会阴部伤口面积或血肿大小、检查伤口有无感染,破溃,有无异常分泌物等	2		
		4.评估产妇心理状况,解释并取得合作	2		
		5.协助产妇排空膀胱,清洗会阴部	2		
	环境 <2分>	环境清洁、安静,光线、温湿度适宜,保护产妇隐私(用床帘或屏风遮挡)	2		
	操作者 <4分>	1.着装整洁,修剪指甲	2		
	2.洗手方法正确,戴口罩	2			
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,摆放有序,符合操作原则	5			
实施 <60分>	湿热敷前 准备 <15分>	1.再次核对产妇并解释,取得合作	2		
		2.无菌治疗碗(杯)内倒入适量0.2%碘伏液,放入大棉签	2		
		3.协助产妇取膀胱截石位暴露会阴	2		
		4.臀下垫一次性垫巾及治疗巾	3		
		5.0.2%碘伏液棉签行会阴擦洗,清洁局部伤口	6		
	湿热敷 <25分>	1.在会阴部热敷部位涂凡士林后,盖上一层无菌纱布	3		
		2.取水温计测量治疗碗内液体的温度,以41~48℃左右为宜	3		
		3.用镊子取4-6块无菌纱布块浸入治疗碗内50%硫酸镁或95%乙醇溶液中	3		
		3.双手各持1把镊子将纱布全部取出,拧至不滴水,展开纱布,敷在患处	6		
		4.在会阴湿热敷纱布块外面盖棉垫保温	3		
	5.每隔3~5min更换热敷纱布一次,总时间为15-20min,亦可用热源袋放在棉垫外或用红外线灯照射以维持湿热敷温度	7			
湿热敷 完毕	1.移去敷料,擦去皮肤上凡士林,观察湿热敷处皮肤情况	2			

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
	<5分>	2.更换清洁会阴垫	3	
	操作后处理 <15分>	1.协助产妇穿好衣裤,取舒适体位,整理床单位	5	
		2.初步处理用物,洗手,取口罩	5	
评价 <20分>	技能 <10分>	3.记录热敷时间和效果	5	
		1.操作规范,流程熟练	3	
		2.湿热敷溶液温度适宜,皮肤无烫伤	2	
	素养 <10分>	3.在规定时间内完成每超过一分钟扣1分,扣满5分为止	5	
		1.保护产妇隐私,产妇舒适、安全	5	
	2.护患沟通良好,健康指导有效	5		
总分		100		

## 项目 4: 新生儿护理

### 1.试题编号: 1-4-1 新生儿寒冷损伤综合征患儿的护理

#### (1) 任务描述

患儿,女,15天,因拒食、反应低下2天于2022年1月收入院。系G<sub>1</sub>P<sub>1</sub>,孕37<sup>+2</sup>周平产,出生体重2.54kg, Apgar评分:1分钟10分。体格检查:体温(肛温)33.5℃,心率144次/分,呼吸37次/分,体重2.39kg,反应差,吸吮无力。全身皮肤黄染,心肺无明显异常,脐带已脱落,脐周皮肤稍红,脐窝内有少许分泌物,臀部及两小腿外侧轻度水肿,皮肤光滑呈暗红色,按之呈凹陷性水肿。肛周皮肤发红,可见少许表皮脱落。查:白细胞 $8.5 \times 10^9/L$ ,血糖2.8mmol/L。诊断为新生儿寒冷损伤综合征。

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

任务2:医嘱予暖箱保暖,请进行暖箱护理。

任务3:请对患儿进行红臀护理。

#### (2) 实施条件

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

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：暖箱护理：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	暖箱护理	100	30%
3	红臀护理	100	30%

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 评估患儿体温(腋温和肛温)、皮下硬肿部位及范围	5		
	2. 评估患儿呼吸、心率、哭声、吸吮力、反应、脐部情况等。	5		
护理问题 <10 分>	1. 体温过低：与寒冷、体重轻、感染有关	3		
	2. 有皮肤完整性受损的危险 与皮肤硬肿、脐部感染有关	3		
	3. 有营养失调的危险：低于机体需要量 与吸吮力差、拒乳及感染后消耗增多有关	2		
	4. 知识缺乏：家长缺乏正确的保暖及育儿知识	2		
护理目标 <10 分>	1. 患儿体温恢复正常	3		
	2. 患儿臀部及下肢皮下硬肿消退，脐部干燥无红肿	3		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		3.患儿营养状况正常, 体重增长满意	2		
		4.患儿家属了解患儿生病的原因, 能进行正确的喂养和护理	2		
护理措施 <40分>		1.复温 原则是循序渐进, 逐渐复温。调节室温在 22-24℃, 湿度 55%-65%; 将患儿置于预热至 33℃-34℃暖箱中	10		
		2.合理喂养 严格按照鼻饲喂养的要求, 给予营养, 密切观察患儿的消化情况, 并作好鼻饲管护理及口腔护理	5		
		3.保持脐部皮肤清洁干燥, 用 75%酒精从脐根部由内向外环形彻底清洗消毒, 2-3 次/d	5		
		4.加强消毒管理, 防止交叉感染, 严格遵守操作规程	5		
		5.病情观察: 监测体温, 每隔 1 小时, 测量体温一次, 体温正常 6 小时后改为 4 小时一次; 监测呼吸、心率、呼吸、硬肿程度及范围、吸吮力, 皮肤黄疸情况等	10		
		6.向家属介绍有关新生儿寒冷损伤综合征的发生原因, 科学的喂哺方法及正确的脐部护理知识	5		
护理效果评价 <10分>		1.患儿体温是否恢复正常	3		
		2.患儿原有硬肿是否消退, 皮肤是否完整, 脐部是否清洁干燥	3		
		3.患儿体重增长是否满意	2		
		4.患儿家属是否能进行正确的喂养和护理	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和慎独精神	5		
		2.对患儿有爱, 能对家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分			100		

## 任务2: 暖箱护理评分细则

表 2 暖箱护理考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿<6分>	1.评估患儿胎龄、日龄、体重及身体状况	3		
		2.测量肛温	3		
	环境<5分>	温度 23℃以上, 湿度 55%~60%, 暖箱应避免太阳直射, 冬季注意避开热源及冷空气对流处(口述)	5		
	操作者<3分>	穿戴整齐, 修剪指甲, 洗手, 戴口罩	3		
	用物<6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	6		
实施 <60分>	入箱前检查与准备 <22分>	1.检查暖箱消毒日期, 确定在消毒有效期内	3		
		2.检查暖箱机械性能, 如暖箱脚刹能否固定、床能否正常移出、操作窗的密封性是否良好等	3		
		3.将蒸馏水或灭菌用水加入暖箱水槽中至水位指示线(无指示线者加至 1/2~2/3 位置), 固定脚刹车	4		
		4.接通电源, 打开开关, 检查暖箱工作情况, 确认所有的显示器和指示灯变亮, 且暖箱风机无噪音	4		

		5.将消毒的布床单平整的铺于暖箱床垫上	3		
		6.根据患儿的日龄及体重设定暖箱温度和湿度，预热	5		
	入箱及箱内护理 <24分>	1.入箱：打开箱门，核对患儿信息，脱去患儿衣物（留纸尿裤），将患儿抱入暖箱中，关闭暖箱门。根据患儿情况适当摇高床头	8		
		2.箱内护理：护理操作集中进行，每次护理前均需洗手或用手消毒液消毒双手。定时测量体温（在患儿体温未升至正常之前应每小时监测1次，升至正常后可每4小时测1次，注意保持体温在36℃~37℃），密切观察患儿面色、呼吸、心率及病情变化，根据体温调节箱温，并做好记录（口述）	8		
		3.暖箱保养：1）每天更换蒸馏水或灭菌用水；2）温箱内外每天用消毒液擦拭，再用清水擦拭一遍；3）暖箱每周更换1次，用过的温箱除用消毒液擦拭外，还需用紫外线照射30分钟消毒（口述）	8		
	出箱 <6分>	独立条件：（口述） 1）低出生体重儿体重达2000g以上 2）在不加热的温箱内，室温维持在24℃~26℃时，患儿能保持正常体温 3）患儿在温箱中生活了1个月以上，体重虽不到2000g，但一般情况良好	6		
	出箱后护理 <8分>	1.检查患儿全身情况，根据室温给患儿穿上适宜的衣物	2		
		2.密切留意患儿体温、体重及吸奶等情况；（口述）	2		
		3.暖箱终末消毒（口述）	2		
		4.洗手，记录暖箱消毒时间；整理用物	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，动作熟练	2		
		2.能否根据案例信息正确设置暖箱的温度和湿度	3		
		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完为止	5		
	素养 <10分>	1.有保证患儿安全、保持患儿舒适意识	5		
		2.仪表举止大方得体，关爱患儿	5		
总分			100		

### 任务3：红臀护理评分细则

表3 红臀护理评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			

实施 <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小时更换一次纸尿裤（口述）	5		
		重度红臀	1.红臀部位充分暴露在空气中或阳光下，暴露10-20分钟，每天2-3次（口述）	7		
			2.暴露期间注意保暖（口述）	5		
			3.放射状涂抹鞣酸软膏，动作娴熟，情感交流自然、真切	8		
			4.兜好松紧适宜、透气纸尿裤，感情交流自然	8		
			5.根据需要及时更换纸尿裤（口述）	5		
护理后处理 <10分>		1.帮助患儿穿好衣物	2			
	2.患儿安置妥当，指导家属如何预防红臀	4				
	3.整理用物，医用垃圾初步处理正确	2				
	4.消毒洗手方法正确，记录及时	2				
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，动作熟练	2			
		2.能正确评估红臀程度	3			
		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5			
	素养 <10分>	1.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	5			
2.能与家长进行有效沟通		5				
总分			100			

## 2.试题编号：1-4-2 早产儿的护理

### (1) 任务描述

患儿，男，早产后30分钟收入院。系G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>，孕33<sup>+2</sup>周平产，出生体重1.94kg，Apgar评分：1分钟10分。患儿入院后精神反应稍弱，早产儿貌，口唇、面色红润，呼吸平稳。体温35.9℃，心率149次/分，呼吸32次/分，头围32.8cm，身长43.7cm。吸吮力差，四肢末梢凉。

任务1：请对患儿行护理评估，提出主要的护理问题，制定有针对性的

护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务 2：医嘱予暖箱保暖，请进行暖箱护理。

任务 3：为患儿进行口腔护理。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 新生儿模拟病房；(2) 模拟处置室	
资源	(1) 暖箱；(2) 仿真早产儿；(3) 治疗车；(4) 处置室备有生活、医用垃圾桶；(5) 标准化新生儿家属	
用物	暖箱使用用物：(1) 暖箱；(2) 体温计；(3) 蒸馏水；(4) 手消毒液；(5) 已消毒的布床单；(6) 笔；(7) 病历本及护理记录单（按需准备）；(8) 治疗车 口腔护理用物：(1) 口腔护理包（治疗碗 2 个、无菌棉球若干、镊子 1 把、止血钳 1 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；(9) 剪刀；(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) 手消毒剂；(16) 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	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：暖箱护理：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

## (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	暖箱护理	100	30%
3	口腔护理	100	30%

## (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估	评估患儿呼吸、心率、面色、体温、哭声、吸吮力、反	5		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
<10分>		应等			
		评估患儿目前无发绀气促，四肢末梢凉，体温稍低，吸吮力差，肺部无啰音	5		
护理问题 <10分>		1.体温过低：与低出生体重、体温调节功能差有关	4		
		2.营养失调：低于机体需要量 与早产儿先天储备不足及吸吮、吞咽、消化、吸收功能差有关	3		
		3.有感染的危险：与早产儿免疫力低下及鼻饲等侵入性操作有关	3		
护理目标 <10分>		1.患儿体温能维持在 36.5℃-37℃	4		
		2.患儿营养摄入正常，体重增长满意	3		
		3.患儿未出现感染	3		
护理措施 <40分>		1.设置室内温度 24℃-26℃，相对湿度为 55%-65%；调节暖箱内温度为 34℃，湿度 65%以上	10		
		2.严格按照鼻饲喂养的要求，给予营养，密切观察患儿的消化情况，并作好鼻饲管护理及口腔护理，必要时遵医嘱予静脉营养	5		
		3.加强消毒管理，防止交叉感染，严格遵守操作规程	5		
		4.病情观察：密切监测面色、呼吸、心率、体温、反应等。准确记录 24 小时出入量，每日晨起空腹测体重一次，并记录；维持有效的呼吸,若出现缺氧症状给予氧气吸入	10		
		5.预防出血，肌内注射维生素 K1，连用 3 天	5		
		6.预防感染，加强口腔、皮肤及脐部的护理	5		
护理效果评价 <10分>		1.患儿自吸吮+鼻饲奶量是否达标，体重增长是否满意	4		
		2.患儿体温是否正常	3		
		3.患儿是否出现感染	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和慎独精神	5		
		2.对患儿有爱，能对家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：暖箱护理评分细则

表2 暖箱护理评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿<6分>	1.评估患儿胎龄、日龄、体重及身体状况	3		
		2.测量肛温	3		
	环境<5分>	温度 23℃以上，湿度 55%~60%，暖箱应避免太阳直射，冬季注意避开热源及冷空气对流处(口述)	5		
	操作者<3分>	穿戴整齐，修剪指甲，洗手，戴口罩	3		
	用物<6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	6		
实施	入箱前检	1.检查暖箱消毒日期，确定在消毒有效期内	3		

<b>&lt;60分&gt;</b>	<b>查与准备 &lt;22分&gt;</b>	2.检查暖箱机械性能,如暖箱脚刹能否固定、床能否正常移出、操作窗的密封性是否良好等	3		
		3.将蒸馏水或灭菌用水加入暖箱水槽中至水位指示线(无指示线者加至1/2~2/3位置),固定脚刹车	4		
		4.接通电源,打开开关,检查暖箱工作情况,确认所有的显示器和指示灯变亮,且暖箱风机无噪音	4		
		5.将消毒的布床单平整的铺于暖箱床垫上	3		
		6.根据患儿的日龄及体重设定暖箱温度和湿度,预热	5		
	<b>入箱及箱内护理 &lt;24分&gt;</b>	1.入箱:打开箱门,核对患儿信息,脱去患儿衣物(留纸尿裤),将患儿抱入暖箱中,关闭暖箱门;根据患儿情况适当摇高床头	8		
		2.箱内护理:护理操作集中进行,每次护理前均需洗手或用手消毒液消毒双手;定时测量体温(在患儿体温未升至正常之前应每小时监测1次,升至正常后可每4小时测1次,注意保持体温在36°C~37°C),密切观察患儿面色、呼吸、心率及病情变化,根据体温调节箱温,并做好记录(口述)	8		
		3.暖箱保养:1)每天更换蒸馏水或灭菌用水;2)温箱内外每天用消毒液擦拭,再用清水擦拭一遍;3)暖箱每周更换1次,用过的温箱除用消毒液擦拭外,还需用紫外线照射30分钟消毒(口述)	8		
	<b>出箱 &lt;6分&gt;</b>	独立条件:(口述) 1)低出生体重儿体重达2000g以上 2)在不加热的温箱内,室温维持在24°C~26°C时,患儿能保持正常体温 3)患儿在温箱中生活了1个月以上,体重虽不到2000g,但一般情况良好	6		
	<b>出箱后护理 &lt;8分&gt;</b>	1.检查患儿全身情况,根据室温给患儿穿上适宜的衣服	2		
		3.密切留意患儿体温、体重及吸奶等情况(口述)	2		
		3.暖箱终末消毒(口述)	2		
		5.洗手,记录暖箱消毒时间;整理用物	2		
<b>评价 &lt;20分&gt;</b>	<b>技能 &lt;10分&gt;</b>	1.操作规范,动作熟练	2		
		2.能否根据案例信息正确设置暖箱的温度和湿度	3		
		3.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完为止	5		
	<b>素养 &lt;10分&gt;</b>	1.有保证患儿安全、保持患儿舒适意识	5		
2.仪表举止大方得体,关爱患儿		5			
<b>总分</b>			100		

### 任务3: 口腔护理评分细则

表3 口腔护理评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及	患者	1.核对医嘱	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
准备 <20分>	<9分>	2.评估患儿全身情况:年龄、病情、意识状态	3		
		3.评估患儿口腔情况,选择合适漱口溶液:有无松动性牙齿和活动性义齿	2		
		4.评估患儿心理状况,解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	清洁、安静、明亮,符合操作要求	2		
	操作者 <4分>	1.着装整齐	2		
		2.洗手,戴口罩	2		
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	5			
实施 <60分>	口腔 护理 <50分>	1.推车带用物至患儿床旁,核对患儿床号、姓名并核对手腕标识带	2		
		2.向患儿成家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项	2		
		3.协助患儿取合适体位,头偏向一侧(右侧).面向护士	2		
		4.戴手套,取治疗巾铺于颌下,弯盘放于口角旁,清点棉球数量	4		
		5.先湿润口唇与口角,再协助患儿用吸水管吸水漱口(昏迷患儿禁止漱口)	2		
		6.嘱患儿张口(昏迷患儿使用开口器协助张口),观察口腔情况,有活动性义齿的取下义齿,用冷水冲洗干净浸于冷水中	3		
		7.嘱患儿咬合上下齿,用压舌板撑开左侧颊部,夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面,(由白齿擦向门齿)同法擦洗对侧	8		
		8.嘱患儿张口(昏迷患儿使用开口器协助张口),依次擦洗牙齿左上内侧面、左上咬合面、左下内侧面、左下咬合面、弧形擦洗左侧颊部,同法擦洗右侧	10		
		9.擦洗硬腭部、舌面及舌下	3		
		10.再次漱口	2		
		11.遵医嘱给口腔黏膜异常者用药	2		
		12.再次评估口腔情况	2		
		13.收弯盘,清点棉球数量,根据需要协助患儿佩戴义齿	4		
		14.取下治疗巾,协助患儿取舒适卧位,整理床单位	3		
		15.按规定处理用物,脱手套,	3		
	16.洗手,取下口罩,记录	3			
健康指导 <5分>	询问患儿的感受,健康指导	5			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.患儿满意,口腔清洁.舒适,无口腔黏膜、牙龈出血	2		
		2.操作规范,流程熟练,能正确选择口腔护理液	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
分>  素养 <10分>		3.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满5分为止	5		
		4.仪表举止大方得体,关爱患儿,体现整体护理理念	5		
		5.护患沟通有效,患儿合作	5		
总分			100		

## 项目5：儿童护理

### 1.试题编号：1-5-1 口炎患儿的护理

#### (1) 任务描述

女孩，8岁，从高处摔伤致肺挫伤、全身多处骨折，紧急抢救后脱离生命危险，后持续积极治疗，患儿意识恢复，生命体征平稳。今日早查房见其口腔黏膜表面有白色乳凝块样物，不易拭去，尝试强行擦拭后，口腔黏膜局部可见充血，初步判断出现口炎。

任务1：请对患儿口腔进行护理评估，提出口炎的主要护理问题，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：当床单污染时，请患儿进行更换床单。

任务3：遵医嘱给患儿进行口腔护理。

#### (2) 实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(4) 屏风	
用物	卧有病人床更换床单用物：晨间护理车上层置：(1) 盖被（含棉胎）；(2) 枕套；(3) 一次性中单；(4) 大单；中层置：(5) 手消毒液；(6) 一次性手套；(7) 卫生纸；(8) 弯盘；(9) 床刷；(10) 病历本及护理记录单（按需准备）；(11) 刷套；下层置：(12) 便盆；(13) 便盆巾 口腔护理用物：(1) 口腔护理包（治疗碗2个、无菌棉球若干、镊子1把、止血钳1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；(9) 剪刀；(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) 手消毒剂；(16) 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



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

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：卧有病人床更换床单：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	卧有病人床更换床单	100	30%
3	口腔护理	100	30%

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.评估患儿有无营养不良，有无长期使用抗生素	4		
	2.评估患儿口腔黏膜有无白色乳凝块状物	3		
	3.评估患儿及家属对口炎相关知识的了解程度	3		
护理问题 <10 分>	1.口腔黏膜受损 与口腔不洁、抵抗力下降及病原体感染有关	5		
	2.知识缺乏：患儿及家长缺乏口炎的预防和护理知识	5		
护理目标 <10 分>	1.患儿口腔黏膜损伤逐渐减轻或恢复正常	5		
	2.患儿家属掌握预防和护理知识	5		
护理措施 <40 分>	1.保持口腔黏膜湿润和清洁，鼓励多饮水，进食后漱口	15		
	2.用 2%碳酸氢钠溶液清洁口腔，局部涂抹制霉菌素鱼肝油混悬溶液，每日 2~3 次	15		
	3.指导患儿使用过的餐具、水杯等应放于 5%碳酸氢钠溶液浸泡 30 分钟后洗净再煮沸消毒	10		
护理效果评价 <10 分>	1.患儿口腔黏膜是否恢复正常	5		
	2.评估患儿及家属能否说出口炎的预防和处理要点	5		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1.案例内容要素完整	5	
		2.评估程序规范，熟练	5	
	素养 <10 分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5	
		2.对患儿有爱，能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5	

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
总分		100		

## 任务 2：卧有病人床更换床单评分细则

表 2 卧有病人床更换床单评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注	
评估及准备<20分>	患儿<8分>	1.全身情况:病情、治疗情况、意识、自理能力	2		
		2.局部情况:有无伤口、肢体功能障碍、活动受限、排便异常、局部皮肤红肿、溃烂等情况	4		
		3.心理状况、合作程度、健康知识	2		
	环境<2分>	关门窗, 调节室温, 根据情况遮挡患儿, 同病室内无患儿治疗或进餐	2		
	操作者<2分>	1.洗手, 戴口罩	1		
		2.着装整洁, 端庄大方	1		
用物<8分>	用物准备齐全; 逐一对用物进行评估, 质量符合要求, 物品无破洞、无污染、无潮湿; 摆放有序, 符合操作原则	8			
实施<60分>	松单<15分>	1.将用物带至患儿床旁, 核对床号、姓名, 解释目的	3		
		2.移开床旁桌椅, 根据情况放平床尾、床头支架, 按需给便盆	3		
		3.松开床尾盖被, 将患儿枕头移向对侧, 并将患儿移向对侧, 翻身前后妥善安置各引流管, 保证患儿安全	3		
		4.松开近侧大单、中单, 用中单擦净橡胶单, 将中单卷起塞入患儿身下, 橡胶单搭于患儿身上, 将大单卷起塞入患儿身下, 扫净床褥上渣屑	6		
	铺单<12分>	5.将清洁大单中线对齐打开, 对侧半幅内折卷好塞入患儿身下, 近侧半幅依大单铺法铺好	6		
		6.放平橡胶单, 铺中单于胶单上打开, 对侧中单的半幅内折卷起塞入患儿身下, 近侧半幅橡胶单和中单一并塞入床垫下	6		
	同法换对侧床单<18分>	7.助患儿侧卧或平卧于铺好的一侧, 转至对侧松开底层各单	6		
		8.擦净橡胶单, 将污中单放床尾, 橡胶单搭于患儿身上, 将污大单卷至床尾与污中单一并放入护理车下层, 扫尽褥上渣屑	6		
		9.依序将大单、橡胶单、中单各层展开铺好, 助患儿仰卧于床中间	6		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
	换被套、枕套<13分>	10.协助患儿平卧，解开污染被套，将已套好的干净被套（含棉胎）铺于污被套上，撤去污被套（含棉胎），将干净被套折成被筒，尾端内折与床尾平齐拉平盖被，折成被筒，尾端内折与床尾平齐	8		
		11.一手托起患儿头颈部，一手取出枕头，更换枕套，置于患儿头下，协助患儿取舒适体位	5		
	处理<2分>	12.桌椅归位，洗手、取下口罩	2		
评价<20分>	技能<10分>	1.护士操作规范，流程熟练，符合节力原则	5		
		3.在规定的时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养<10分>	1.护士仪表举止大方得体，关爱患儿，体现整体护理理念	5		
		2.护患沟通有效，患儿合作，并知道皮肤护理的保健知识	5		
总分			100		

### 任务 3：口腔护理评分细则

表 3 口腔护理评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备<20分>	患者<9分>	1.核对医嘱	2		
		2.评估患儿全身情况:年龄、病情、意识状态	3		
		3.评估患儿口腔情况,选择合适漱口溶液:有无松动性牙齿和活动性义齿	2		
		4.评估患儿心理状况，解释并取得合作	2		
	环境<2分>	清洁、安静、明亮，符合操作要求	2		
	操作者<4分>	1.着装整齐	2		
		2.洗手，戴口罩	2		
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	5			
实施<60分>	口腔护理<50分>	1.推车带用物至患儿床旁，核对患儿床号、姓名并核对手腕标识带	2		
		2.向患儿成家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项	2		
		3.协助患儿取合适体位，头偏向一侧(右侧).面向护士	2		
		4.戴手套，取治疗巾铺于颌下,弯盘放于口角旁，清点棉球数量	4		
		5.先湿润口唇与口角，再协助患儿用吸水管吸水漱口	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		(昏迷患儿禁止漱口)			
		6.嘱患儿张口(昏迷患儿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	3		
		7.嘱患儿咬合上下齿,用压舌板撑开左侧颊部,夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面,(由白齿擦向门齿)同法擦洗对侧	8		
		8.嘱患儿张口(昏迷患儿使用开口器协助张口),依次擦洗牙齿左上内侧面、左上咬合面、左下内侧面、左下咬合面、弧形擦洗左侧颊部,同法擦洗右侧	10		
		9. 擦洗硬腭部、舌面及舌下	3		
		10.再次漱口	2		
		11.遵医嘱给口腔黏膜异常者用药	2		
		12.再次评估口腔情况	2		
		13.收弯盘,清点棉球数量,根据需要协助患儿佩戴义齿	4		
		14.取下治疗巾,协助患儿取舒适卧位,整理床单位	3		
		15.,按规定处理用物,脱手套,	3		
		16.洗手,取下口罩,记录	3		
	健康指导 <5分>	询问患儿的感受,健康指导	5		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.患儿满意,口腔清洁.舒适,无口腔黏膜、牙龈出血	2		
		2. 操作规范,流程熟练,能正确选择口腔护理液	3		
		3.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	4.仪表举止大方得体,关爱患儿,体现整体护理理念	5		
		5.护患沟通有效,患儿合作	5		
总分		100			

## 2.试题编号: 1-5-2 腹泻患儿的护理

### (1) 任务描述

患儿,男,9个月,因“腹泻、呕吐3天,加重1天”入院。患儿于入院前3天开始腹泻,呈黄色稀水样便,每日6~7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。发病后患儿食欲减退,精神萎靡,尿量稍少。患儿系足月顺产,混合喂养,6个月添加换乳期食物。体格检查: T37.2℃, P136次/分, R38

次/分，W8.5kg，精神萎靡，皮肤稍干，弹性稍差，前囟和眼眶凹陷，口腔黏膜稍干，咽红，双肺未见异常，心音有力，腹稍胀，肠鸣音 4 次/分，四肢温暖，膝腱反射正常，肛周皮肤发红。

辅助检查：血钠 135mmol/L，血钾 3.2mmol/L，血 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20mmol/L。

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：床单污染时，及时给患儿进行更换床单。

任务 3：遵医嘱给患儿进行红臀护理并指导家长。

## (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	卧有病人床更换床单用物：晨间护理车上层置：(1)盖被（含棉胎）；(2)枕套；(3)一次性中单；(4)大单；中层置：(5)手消毒液；(6)一次性手套；(7)卫生纸；(8)弯盘；(9)床刷；(10)病历本及护理记录单（按需准备）；(11)刷套；下层置：(12)便盆；(13)便盆巾 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	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：卧有病人床更换床单：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

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

## (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	卧有病人床更换床单	100	30%

序号	考核点及评分要求	分值	权重
3	红臀护理	100	30%

## (5) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.评估患儿喂养史、有无不洁饮食史、食物过敏、腹部受凉或过热等情况	2		
	2.评估患儿腹泻开始时间、次数、颜色、性状、量、气味,有无呕吐、腹胀、腹痛、里急后重等不适	2		
	3.评估患儿体重、前囟、眼窝、皮肤黏膜、循环状况和尿量等	2		
	4.评估患儿生命征如神志、体温、脉搏、呼吸、血压等	2		
	5.评估肛周皮肤有无发红、糜烂、破损	2		
护理问题 <10 分>	1.腹泻:与感染有关	3		
	2.体液不足:与腹泻、呕吐体液丢失过多和摄入不足有关	3		
	3.营养失调:低于机体需要量 与腹泻、呕吐体液丢失过多和摄入不足有关	2		
	4.皮肤完整性受损:与大便次数增多刺激臀部皮肤有关	2		
护理目标 <10 分>	1.患儿腹泻、呕吐次数逐渐减少至停止,大便性状正常	3		
	2.患儿脱水和电解质紊乱得以纠正	3		
	3.家长能对婴儿进行合理喂养,体重逐渐增加达到正常	2		
	4.患儿臀部皮肤保持完整、无破损	2		
护理措施 <40 分>	1.调整饮食 少量多餐,随着病情稳定和好转,逐步过渡到正常饮食;呕吐严重时,可暂时禁食 4~6 小时(不禁水)	10		
	2.维持水、电解质及酸碱平衡,遵医嘱静脉补液	5		
	3.红臀的护理 保持皮肤清洁干燥,每次便后用温水清洗臀部并擦干,局部皮肤发红处涂以 5%鞣酸软膏或 40%氧化锌油并按摩片刻	10		
	4.控制感染 按医嘱使用药物控制感染。严格执行消毒隔离,护理患儿前后认真洗手,患儿用过的尿布、便盆分类消毒	5		
	5.观察病情 监测生命征,观察大便情况,观察全身中毒症状,观察水、电解质和酸碱平衡紊乱症状	5		
	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;避免长期用广谱抗生素	5		
护理效果评价	1.患儿大便次数是否减少,性状是否逐渐恢复正常	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
<10分>		2.患儿脱水、电解质及酸碱平衡紊乱是否得到纠正，尿量有无增加	2		
		3.患儿体重是否恢复正常	2		
		4.患儿臀部皮肤是否恢复正常	2		
		5.家长是否掌握儿童喂养知识及腹泻的预防、护理知识	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5		
		2.对患儿有爱，能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分			100		

## 任务 2：卧有病人床更换床单评分细则

表 2 卧有病人床更换床单评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿 <8分>	1.全身情况：病情、治疗情况、意识、自理能力	2		
		2.局部情况：有无伤口、肢体功能障碍、活动受限、排便异常、局部皮肤红肿、溃烂等情况	4		
		3.心理状况、合作程度、健康知识	2		
	环境 <2分>	关门窗，调节室温，根据情况遮挡患儿，同病室内无患儿治疗或进餐	2		
	操作者 <2分>	1.洗手，戴口罩	1		
		2.着装整洁，端庄大方	1		
用物 <8分>	用物准备齐全；逐一对用物进行评估，质量符合要求，物品无破洞、无污染、无潮湿；摆放有序，符合操作原则	8			
实施 <60分>	松单 <15分>	1.将用物带至患儿床旁，核对床号、姓名，解释目的	3		
		2.移开床旁桌椅，根据情况放平床尾、床头支架，按需给便盆	3		
		3.松开床尾盖被，将患儿枕头移向对侧，并将患儿移向对侧，翻身前后妥善安置各引流管，保证患儿安全	3		
		4.松开近侧大单、中单，用中单擦净橡胶单，将中单卷起塞入患儿身下，橡胶单搭于患儿身上，将大单卷起塞入患儿身下，扫净床褥上渣屑	6		
	铺单 <12分>	5.将清洁大单中线对齐打开，对侧半幅内折卷好塞入患儿身下，近侧半幅依大单铺法铺好	6		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		6.放平橡胶单，铺中单于胶单上打开，对侧中单的半幅内折卷起塞入患儿身下，近侧半幅橡胶单和中单一并塞入床垫下	6		
	同法换对侧床单<18分>	7.助患儿侧卧或平卧于铺好的一侧，转至对侧松开底层各单	6		
		8.擦尽橡胶单，将污中单放床尾，橡胶单搭于患儿身上，将污大单卷至床尾与污中单一并放入护理车下层，扫尽褥上渣屑	6		
		9.依序将大单、橡胶单、中单各层展开铺好，助患儿仰卧于床中间	6		
	换被套、枕套<13分>	10.协助患儿平卧，解开污染被套，将已套好的干净被套（含棉胎）铺于污被套上，撤去污被套（含棉胎），将干净被套折成被筒，尾端内折与床尾平齐拉平盖被，折成被筒，尾端内折与床尾平齐	8		
		11.一手托起患儿头颈部，一手取出枕头，更换枕套，置于患儿头下，协助患儿取舒适体位	5		
处理<2分>	12.桌椅归位，洗手、取下口罩	2			
评价<20分>	技能<10分>	1.护士操作规范，流程熟练，符合节力原则	5		
		3.在规定的时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养<10分>	1.护士仪表举止大方得体，关爱患儿，体现整体护理理念	5		
		2.护患沟通有效，患儿合作，并知道皮肤护理的保健知识	5		
总分			100		

### 任务 3：红臀护理评分细则

表 3 红臀护理评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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;逐一对用物进行检查,质量符合要求; 按操作先后顺序放置	5		
实施 <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		
	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,感情交流自然、真切	8		
		3.兜好松紧适宜、透气纸尿裤,感情交流自然	10		
		4.每2小时更换一次纸尿裤(口述)	5		
		1.红臀部位充分暴露在空气中或阳光下,暴露10-20 分钟,每天2-3次(口述)	7		
	重度 红臀	2.暴露期间注意保暖(口述)	5		
3.放射状涂抹鞣酸软膏,动作娴熟,感情交流自然、 真切		8			
4.兜好松紧适宜、透气纸尿裤,感情交流自然		8			
5.根据需要及时更换纸尿裤(口述)		5			
护理后 处理<10 分>	1.帮助患儿穿好衣物	2			
	2.患儿安置妥当,指导家属如何预防红臀	4			
	3.整理用物,医用垃圾初步处理正确	2			
	4.消毒洗手方法正确,记录及时	2			
评价< 20分>	技能 <10分>	1.操作规范,动作熟练	2		
		2.能正确评估红臀程度	3		
		3.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满5 分为止	5		
	素养 <10分>	1.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	5		
		2.能与家长进行有效沟通	5		
总分			100		

### 3.试题编号: 1-5-3 急性肾小球肾炎患儿的护理

#### (1) 任务描述

患儿,男,7岁,因发热5天、家长发现其晨起双眼睑和下肢水肿2天入院。患儿半月前有“扁桃体炎”病史,3天前无明显诱因出现晨起后眼睑水肿,活动后水肿减轻,但近2日水肿有所加重,家长回忆说患儿同时伴食欲减退、偶有呕吐。入院查体:体温38.3℃,心率99次/分,呼吸27次/分,血压

148/105mmHg，体重 30kg。颜面水肿明显，眼裂小，双下肢非凹陷性水肿。起病以来患儿精神状况尚可，自诉乏力，平卧位时感呼吸费力，食欲差，睡眠可，大便基本正常，小便量明显减少，呈洗肉水样。尿常规：尿蛋白(++)，白细胞 12-15 个/HP，隐血(++++)，红细胞满视野。入院诊断：急性肾小球肾炎。

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

任务 2：医嘱要求患儿严格卧床休息，请在患儿卧床时更换床单、被套等用物，并整理床单位。

任务 3：患儿有水肿，皮肤屏障功能下降，且入院前 2 周需严格卧床，请为预防压疮进行相应护理。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 病床；(2) 治疗车；(3) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 屏风或床帘	选择体型娇小志愿者
用物	卧有病人床更换床单：晨间护理车上层置：(1)盖被；(2)枕套；(3)一次性中单；(4)大单；中层置：(5)手消毒液；(6)一次性手套；(7)卫生纸；(8)弯盘；(9)床刷；(10) 病历本及护理记录单（按需准备）；(11)刷套；下层置：(12)便盆；(13)便盆布；(14) 一次性垫巾；(15) 手消毒液。 压疮预防：(1) 毛巾；(2) 浴巾；(3) 按摩油/膏/乳；(4) 脸盆（口述：内盛 50~52℃的温水）；(5) 弯盘；(6) 翻身卡/单；(7) 记录卡/单；(8) 笔；(9) 手消毒剂；(10) 便盆及便盆布	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：卧有病人床更换床单：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：压疮预防：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

#### (4) 评分权重分配 (见下表)

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	卧有病人床更换床单	100	30%
3	压疮预防	100	30%

#### (5) 评分细则

##### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.了解患儿发病前有链球菌感染史(急性扁桃体炎)	2		
	2.评估患儿目前水肿情况、皮肤状况和体重变化情况	3		
	3.评估患儿尿量及尿的颜色	2		
	4.评估患儿呼吸、心率、血压的改变	3		
护理问题 <10 分>	1.体液过多 与肾小球滤过率下降致水钠潴留有关	2		
	2.活动无耐力 与水肿、血压升高有关	2		
	3.体温过高 与链球菌感染后的免疫反应有关	2		
	4.有皮肤完整性受损的危险 与水肿和长期卧床有关	2		
	5.潜在并发症:严重循环充血、高血压脑病、急性肾衰竭	2		
护理目标 <10 分>	1.患儿尿量增加,水肿消退	2		
	2.患儿活动耐力逐步恢复,肉眼血尿消失,血压维持在正常范围	2		
	3.患儿体温维持正常	2		
	4.患儿全身皮肤完整,未出现压疮	2		
	5.患儿无并发症发生或发生时能得到及时发现与处理	2		
护理措施 <40 分>	1.一般护理:起病 2 周内应卧床休息,强调卧床休息的重要性,可以减轻心脏负担,改善肾血流量,预防并发症的发生	10		
	2.病情观察:严密观察血压和心率变化,注意水肿程度及部位,每日或隔日测体重一次,做好出入量记录,观察尿量及尿色。严密观察生命体征变化,警惕并发症的发生	10		
	3.用药护理 遵医嘱给予利尿药和降压药,观察药物疗效和不良反应,应用利尿药时,观察患儿体重、尿量、水肿的变化并做好记录,注意观察有无电解质紊乱的发生	5		
	4.饮食护理:给予高糖、维生素、适量蛋白质、适量脂肪的饮食。限制盐和水的摄入	5		
	5.心理护理:了解患儿及家长的心态及其对本病的认识程度,做好健康宣教,使患儿及家长消除焦虑和沮丧情绪,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗和护理	5		
	6.健康指导:向患儿和家长介绍本病为自限性疾病,预后良好;强调限制患儿活动是控制病情进展的关键	5		
护理效果评价	1.患儿尿量是否增加,水肿是否消退	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
<10分>		2.患儿活动耐力是否逐步恢复,肉眼血尿是否消失,血压是否维持在正常范围	2		
		3.患儿体温是否恢复正常	2		
		4.患儿是否出现皮肤损坏或压疮	2		
		5.有无出现并发症或出现时是否及时发现和处理	2		
		评价 <20分>		技能 <10分>	
1.案例内容要素完整	5				
2.评估程序规范,熟练	5				
素养 <10分>					
	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5			
	2.对患儿有爱,能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5			
总分			100		

## 任务2: 卧有病人床更换床单

表2 卧有病人床更换床单评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备<20分>	患儿 <8分>	1.全身情况:病情、治疗情况、意识、自理能力	2		
		2.局部情况:有无伤口、肢体功能障碍、活动受限、排便异常、局部皮肤红肿、溃烂等情况	4		
		3.心理状况、合作程度、健康知识	2		
	环境 <2分>	关门窗,调节室温,根据情况遮挡患儿,同病室内无患儿治疗或进餐	2		
	操作者 <2分>	1.洗手,戴口罩	1		
		2.着装整洁,端庄大方	1		
	用物 <8分>	用物准备齐全;逐一对用物进行评估,质量符合要求,物品无破洞、无污染、无潮湿;摆放有序,符合操作原则	8		
实施<60分>	松单 <15分>	1.将用物带至患儿床旁,核对床号、姓名,解释目的	3		
		2.移开床旁桌椅,根据情况放平床尾、床头支架,按需给便盆	3		
		3.松开床尾盖被,将患儿枕头移向对侧,并将患儿移向对侧,翻身前后妥善安置各引流管,保证患儿安全	3		
		4.松开近侧大单、中单,用中单擦净橡胶单,将中单卷起塞入患儿身下,橡胶单搭于患儿身上,将大单卷起塞入患儿身下,扫净床褥上渣屑	6		
	铺单 <12分>	5.将清洁大单中线对齐打开,对侧半幅内折卷好塞入患儿身下,近侧半幅依大单铺法铺好	6		
		6.放平橡胶单,铺中单于胶单上打开,对侧中单的半	6		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		幅内折卷起塞入患儿身下，近侧半幅橡胶单和中单一并塞入床垫下			
	同法换对侧床单<18分>	7.助患儿侧卧或平卧于铺好的一侧，转至对侧松开底层各单	6		
		8.擦尽橡胶单，将污中单放床尾，橡胶单搭于患儿身上，将污大单卷至床尾与污中单一并放入护理车下层，扫尽褥上渣屑	6		
		9.依序将大单、橡胶单、中单各层展开铺好，助患儿仰卧于床中间	6		
	换被套、枕套<13分>	10.协助患儿平卧，解开污染被套，将已套好的干净被套（含棉胎）铺于污被套上，撤去污被套（含棉胎），将干净被套折成被筒，尾端内折与床尾平齐拉平盖被，折成被筒，尾端内折与床尾平齐	8		
		11.一手托起患儿头颈部，一手取出枕头，更换枕套，置于患儿头下，协助患儿取舒适体位	5		
处理<2分>	12.桌椅归位，洗手、取下口罩	2			
评价<20分>	技能<10分>	1.护士操作规范，流程熟练，符合节力原则	5		
		3.在规定的时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养<10分>	1.护士仪表举止大方得体，关爱患儿，体现整体护理理念	5		
		2.护患沟通有效，患儿合作，并知道皮肤护理的保健知识	5		
总分			100		

### 任务 3：压疮的预防

表 3 压疮的预防评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备<20分>	患儿<10分>	1.全身情况：评估患儿的年龄、体重、病情、卫生状况、营养、意识状态、自理能力等	3		
		2.局部情况：评估患儿有无活动障碍、大小便失禁、局部皮肤红肿和溃烂等	2		
		3.心理状态	1		
		4.向患儿及/或家属解释擦洗、翻身及按摩的目的、过程、方法及配合要点	4		
	环境<3分>	环境整洁、安静，温度适宜，光线充足，符合操作要求；必要时进行遮挡	3		
	操作者	着装整洁，洗手，戴口罩	2		

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

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		3.在规定时间内完成，每超过一分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.关爱患儿，充分考虑患儿心理	5		
		2.能与患儿和家属有效沟通	5		
总分			100		

## 模块二：专业核心技能模块

### 项目 1：妇科护理

#### 1.试题编号：2-1-1 子宫肌瘤病人的护理

##### (1) 任务描述

林女士，31岁，已婚，自觉下腹包块5月余，故来就诊。其面色苍白，主诉月经周期规则28~30天，持续时间长，量多，无痛经。B超示：子宫增大，形态不规则，子宫前壁肌层中低回声116\*112\*102mm。双侧卵巢正常。血常规示：血红蛋白73g/L。为求进一步治疗，收治入院。

任务1：请对病人行护理评估，并提出主要的护理问题，制定有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：请为病人进行双合诊检查。

任务3：请根据病人具体情况进行全面分析后选择手术治疗，请进行外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套。

##### (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；(4) 模拟手术室	
资源	(1) 妇科检查床；(2) 模拟妇科检查模型；(3) 处置室备有生活垃圾桶、医用垃圾桶；(4) 治疗车；(5) 屏风；(6) 感应式水龙头；(7) 储物槽（内备无菌小毛巾）；(8) 污物桶；(9) 污物篮；(10) 洗手液；(11) 外科洗手消毒液；(12) 无菌生理盐水1瓶；(13) 巡回护士；(14) 处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶	
用物	双合诊用物：(1) 一次性臀垫；(2) 无菌手套；(3) 快速洗手液；(4) 记录本和笔	工作服、帽子、口罩、

类型	实施条件	备注
	外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套用物：（1）手术室拖鞋；（2）洗手衣、裤；（3）一次性口罩、帽子；（5）无菌手套；（6）指甲刀；（7）穿衣镜	挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### （3）考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：双合诊：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

### （4）评分权重分配（见下表）

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

### （5）评分细则

#### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.注意询问病人婚育史，有无长期服用雌激素等用药史	2		
	2.发病情况及治疗经过	2		
	3.发病后有无头昏乏力、便排尿困难等症状	2		
	4.家族中是否有子宫肌瘤发病史	2		
	5.了解其心理状况等情况	2		
护理问题 <10 分>	1.焦虑 与住院、需要手术治疗有关	3		
	2.知识缺乏 缺乏对子宫肌瘤及手术治疗的正确认识	3		
	3.有感染的危险 与阴道出血时间长、贫血或手术有关	4		
护理目标 <10 分>	1.病人情绪稳定，焦虑减轻，能接受手术的事实	3		
	2.病人了解子宫肌瘤的相关知识，能主动配合治疗	4		
	3.病人未发生感染	3		
护理措施 <40 分>	1.提供信息，增强信心：通过连续性护理活动与病人建立良好的护患关系，讲解有关疾病知识；使病人确信子宫肌瘤属于良性肿瘤，并非恶性肿瘤的先兆，消除其不必要的顾虑，增强康复信心，使其主动接受和配合治疗；为病人提供表达内心顾虑、恐惧、感受和期望的机会和	12		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		环境，减轻其焦虑紧张情绪			
		2.纠正贫血，预防感染：嘱病人注意休息，增强营养；遵医嘱使用药物纠正病人贫血状态，增强抵抗力，预防感染	13		
		3.按腹部手术病人的护理常规进行围手术期护理，并鼓励病人参与疾病诊疗的决策过程中	15		
护理效果评价 <10分>		1.病人情绪是否稳定，焦虑是否减轻，能否接受需要手术治疗的事实	5		
		2.病人是否了解疾病的相关知识，能否正确看待疾病及手术相关治疗	2		
		3.病人治疗期间是否发生感染	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1.对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2.能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：双合诊评分细则

表2 双合诊考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	病人 <9分>	1.核对病人信息	2		
		2.告知病人双合诊检查目的、方法、注意事项及配合要点	3		
		3.嘱病人排空膀胱	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，温度、湿度适宜，屏风遮挡或关闭门窗	2		
	操作者 <4分>	1.着装整齐、规范	2		
		2.修剪指甲，七步洗手法洗手	2		
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	5			
实施 <60分>	双合诊 检查过程 <48分>	1.备齐并检查物品，携带用物至床旁，屏风遮挡	2		
		2.再次核对并做好解释，指导病人配合	4		
		3.协助病人仰卧于检查床上，臀下垫一次性无菌臀垫	2		
		4.协助病人脱去一侧裤腿	2		
		5.协助病人取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，充分暴露外阴部	2		
		6.检查者带无菌手套，一手示、中指蘸润滑剂，顺着阴道后壁轻轻插入，检查阴道通畅度、深度、弹性，有无畸形、瘢痕、肿块及阴道穹隆情况	5		
		7.再打触宫颈大小、形状、硬度及外口情况	8		
		8.随后检查宫体，将阴道内两指放在宫颈后方，另一手掌心朝下手指平放在病人腹部平脐的位置，当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时，腹部手指向下向后按压腹壁，并逐渐向耻骨联合部位移动，通过内、外手指同时分别抬举和按压，相互协调，能摸清子宫位置、大小、	10		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		形状、软硬度、活动度及有无压痛			
		9.最后将阴道内两指由宫颈后方移到一侧穹隆部,尽可能往上向盆腔深部扪触;同时另以手从同侧下腹壁髂嵴水平开始,由上往下按压腹壁,与阴道内手指相互对合,以触摸该侧附件区有无肿块、增厚或压痛。若扪及肿块,应查清其位置、大小、形状、软硬度、活动度,与子宫的关系及有无压痛	13		
	测量后处理 <12分>	1.协助病人穿好裤子	3		
		2.整理臀下垫单及用物,分类预处理	4		
		3.向病人说明检查情况及注意事项	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范,动作熟练	5		
		2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完5分为止	5		
	技能 <10分>	1.态度和蔼,关心体贴,注意隐私保护	5		
		2.语言亲切,沟通有效,病人合作,健康教育合适	5		
总分			100		

### 任务3: 外科洗手、穿无菌手术衣、戴无菌手套

表3 外科洗手(免刷手消毒方法)、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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>	洗手衣裤整洁,着装符合无菌操作要求,指甲平齐、无垢	7			
	用物 <8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			
操作过程 <60分>	外科洗手 <30分>	1.初步洗手 <10分>	①流动水下淋湿双手、手臂	2		
			②取适量洗手液均匀涂抹	2		
			③揉搓双手:按六步洗手法	3		
			④揉搓手臂,时间至少15s,范围至上臂下1/3(肘上10cm)	3		
	2.冲洗、干手 <8分>		①正确冲净,应始终保持手朝上、肘朝下的姿势	4		
			②干手:使用干手毛巾或纸巾擦干	4		
	3.外科手消毒 <12分>		①取适量外科手消毒剂于一手掌心,另一手指尖于该手掌心内擦洗,将剩余的手消毒剂分段涂抹至另一手前臂及上臂下1/3处(肘上10cm)	3		
			②取适量外科手消毒剂于另一手掌心,同法用于对侧	3		
			③消毒双手:取适量外科手消毒剂按七	4		

考核内容		考核点及评分要求		分值	得分	备注	
穿无菌手术衣、戴无菌手套 <30分>		步洗手法揉搓双手至手腕部					
		④涂抹部位无遗漏		2			
		1. 拿取无菌手术衣		4			
		2. 提领，抖开		4			
		3. 向上轻掷，伸入衣袖，向前平行伸展		5			
		4. 协助穿衣		2			
		戴无菌手套（无接触式）	戴左手手套		5		
			戴右手手套		5		
		6. 系腰带，遮盖背部		2			
7. 未操作时，双手置于胸前或插入胸前口袋中		3					
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，流程熟练		5			
		2. 外科洗手方法正确，穿无菌手术衣、戴无菌手套未污染，在规定时间内完成（每超1分钟扣1分）		5			
	素养 <10分>	1. 具有团队合作意识		5			
		2. 无菌观念强		5			
总分				100			

## 项目 2：妊娠期护理

### 1. 试题编号：2-2-1 妊娠期孕妇的护理

#### (1) 任务描述

洪女士,27岁,孕1产0,因停经36周,下腹不规则胀痛3小时入院。体查:身高142cm,心肺听诊未见异常,腹隆,头先露,未入盆,可扪及不规则宫缩,胎心率145次/分,诊断:宫内孕36周,单活胎。孕妇希望能经阴道分娩,又担心自己个头矮小,无法顺利分娩。

任务1:请你对洪女士进行护理评估,提出主要护理问题,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:请对洪女士进行骨盆外测量。

任务3:请给洪女士进行静脉血标本采集(真空管)。

#### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(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	骨盆外测量用物：(1) 骨盆测量器；(2) 笔；(3) 孕产妇保健手册；(4) 手消毒剂 静脉血标本采集（真空管）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、帽子均由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：骨盆外测量：35 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 25 分钟）。

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	骨盆外测量	100	30%
3	静脉血标本采集（真空管）	100	30%

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 询问病人妊娠周数是否与停经月份相符	2.5		
	2. 腹痛出现的时间、程度、持续时间	2.5		
	3. 评估孕妇身高、体重，胎儿大小、宫缩情况	2.5		
	4. 了解孕妇的心理状况及社会支持状况	2.5		
护理问题 <10 分>	1. 焦虑：与担心自己与胎儿健康、分娩疼痛或难产有关	5		
	2. 知识缺乏：孕妇缺乏妊娠期、分娩期知识	5		
护理目标 <10 分>	1. 孕妇焦虑缓解，情绪稳定	5		
	2. 孕妇获得妊娠期、分娩期的相关知识	5		
护理措施 <40 分>	1. 心理护理： 了解孕妇对妊娠的适应程度，提供支持；指导孕妇保持	10		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		心理健康, 解除精神压力			
		2.加强孕期保健知识教育: (1) 合理营养: 膳食多样化, 以易消化吸收、清淡为宜, 避免吃辛辣刺激性食物; (2) 活动、休息: 妊娠 28 周后适当减轻工作量, 避免重体力劳动和夜班, 每日保证 8~9h 睡眠及 1~2h 午休 (3) 衣着与卫生: 衣着宽松舒适, 避免穿高跟鞋; 勤洗澡, 以淋浴为宜, 避免盆浴	15		
		3.对症护理: (1) 指导孕妇自监测胎动: 每日早、中、晚各数 1h 胎动数, 3h 胎动数相加乘以 4, 即为 12h 的胎动数 (2) 胎心监测: 用胎儿电子监护仪或听诊器监护胎心, 胎心率在 110~160 次/分钟, 提示胎儿情况良好 (3) 监测宫缩情况, 及时识别产兆, 做好接产及剖宫产准备	15		
护理效果评价 <10 分>		1.孕妇情绪是否稳定, 对妊娠、分娩有无自信心, 能否适应准母亲角色	5		
		2.孕妇是否获得了孕期保健知识, 母婴是否维持于健康状态。	5		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1. 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10 分>	1. 对孕妇态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据孕妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2: 骨盆外测量

表 2 骨盆外测量考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	备注
评估及准备 <20 分>	病人 <9 分>	1.核对孕妇个人信息, 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 <2 分>	清洁、宽敞、明亮, 关门窗、屏风遮挡, 调节室温 24~26°C, 符合产前检查室要求 (口述)	3		
	操作者 <4 分>	1.仪表端庄, 着装整齐	2		
		2.修剪指甲, 按七步洗手法消毒双手	3		
用物 <5 分>	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	5			
实施 <60 分>	测量髂棘间径 <15 分>	1.拉上布帘或用屏风遮挡, 垫一次性中单于检查床上	2		
		2.协助孕妇摆好体位, 暴露测量部位	3		
		3.检查者立于孕妇右侧, 两侧髂前上棘位置触诊正确	4		
		4.测量方法正确	4		
		5.读取测量数据并判断是否正常	3		

	测量髌骨间径 <10分>	1.协助孕妇摆好体位	2		
		2.两侧髌骨位置触诊正确	3		
		3.测量方法正确	3		
		4.读取测量数据并判断是否正常	2		
	测耻耻外径 <10分>	1.协助孕妇摆好体位	2		
		2.前面耻骨联合上缘中点、后面第5腰椎棘突下方的位置触诊正确	3		
		3.测量方法正确	3		
		4.读取测量数据并判断是否正常	2		
	测坐骨结节间径 <10分>	1.协助孕妇摆好体位	2		
		2.两侧坐骨结节位置触诊正确	3		
		3.测量方法正确	3		
		4.读取测量数据并判断是否正常	2		
	测耻骨弓角度 <5分>	1.协助孕妇摆好体位	1		
		2.检查者两拇指放置位置正确	2		
		3.目测两拇指之间的角度并判断是否正常	2		
	操作后处理 <10分>	1.协助孕妇穿好衣裤，帮助其缓慢坐起，询问有无不适	2		
2.按要求初步处理用物		2			
3.用手消毒剂按七步洗手法洗手，方法正确		2			
4.告知孕妇检查结果并记录在孕产妇保健手册上		2			
5.进行孕期健康教育，预约下次检查时间		2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	5		
		2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1.病人安全、满意	4		
		2.语言亲切，态度和蔼，关爱病人	3		
		3.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	3		
总分			100		

### 任务3：静脉血标本采集（真空管）评分细则

表3 静脉血标本采集（真空管）评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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：注射部位皮肤有无瘀痕、硬结、炎症；静脉充盈度及管壁弹性；肢体活动情况，若一侧肢体有静脉输液，应在对侧肢体采血	3		
		4.评估病人心理状况，解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	环境清洁、干燥、明亮，符合采血要求	2		
	操作者 <3分>	1.着装整洁，端庄大方	1		
		2.消毒双手、消毒手方法正确，戴口罩	3		
用物 <5分>	用物准备齐全；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	得分	备注
实施 <60分>	采集前准备 <6分>	1.携用物至床旁，核对病人信息、医嘱、检验申请单、真空管标签	2		
		2.协助病人取舒适体位，暴露穿刺部位	2		
		3.垫小枕及一次性垫巾	2		
	采集过程 <34分>	1.正确消毒双手，戴手套	2		
		2.于穿刺点上方 5-6cm 处，扎止血带，松紧适宜	2		
		3.常规消毒穿刺部位（消毒两遍，消毒范围不少于 5cm，中间不留间隙），并嘱病人握拳	2		
		4.穿刺前再次核对病人信息，备干棉签	2		
		5.穿刺：取下真空采血针保护套，左手绷紧皮肤，右手持针，使斜面向上，针梗与皮肤呈 15-30 度角进针，见回血后放平针头；固定针柄，将采血针另一端刺入真空管。使血液吸至所需要的量	10		
		6.根据检验目的不同，将标本按顺序注入不同标本容器内	2		
		7.松一次性止血带，松拳	2		
		8.干棉签置于穿刺部位，采血完毕后迅速拔针，嘱病人按压穿刺部位 3-5min	3		
		9.分离采血针并置于锐器盒内，防针刺伤	3		
		10.根据采集项目的混匀血液	2		
		11.再次核对检验单与试管，将真空采血管上的数字条码粘贴在检验单上	4		
	操作后处理 <20分>	1.取小垫枕、止血带	2		
		2.按压后的棉签放入医用垃圾桶分类处理各用物	2		
		3.脱手套	2		
		4.安置病人取舒适卧位、整理床单位	2		
5.洗手、脱口罩		2			
6.再次核对、健康教育		4			
7.记录		2			
8.按照规定分类处理各用物，血标本连同检验单及时送检		4			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.穿刺一次成功，血标本符合检验要求，病人穿刺部位皮肤无肿胀、疼痛	2		
		2.操作规范，流程熟练，严格遵守查对制度和无菌技术操作原则	3		
		3.在规定时间内完成，每超过一分钟扣 1 分，扣满 5 分为止	5		
	素养 <10分>	1.护患沟通有效，爱伤观念强，病人合作	2		
		2.仪表举止大方得体，关爱病人，体现整体护理理念	4		
		3.职业防护意识强，避免针刺伤	4		
总分			100		

## 2.试题编号：2-2-2 妊娠期高血压疾病病人的护理

### (1) 任务描述

王女士，28岁，孕1产0，妊娠35<sup>+</sup>周，孕早期产前检查正常，近5天发现双下肢水肿，自觉头晕、眼花。检查：血压158/108mmHg，脉搏88次/分，呼吸20次/分，胎心率140次/分，尿蛋白(++)。诊断：子痫前期。

任务1：请对王女士进行护理评估，提出主要护理问题，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：请运用四步触诊法对王女士进行产科检查。

任务3：请为王女士上心电监护。

### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 床单位；(2) 孕妇产前检查模型；(3) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(4) 屏风(5) 志愿者(学校随机指定)(6) 治疗车、治疗盘；(7) 电源及插线板	
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 心电监护用物：(1) 心电监护仪及导连线、配套的测血压袖带、SpO <sub>2</sub> 传感器；(2) 75%酒精纱布或棉球；(3) 止血钳；(4) 一次性电极片；(5) 清洁纱布；(6) 弯盘；(7) 医嘱单；(8) 记录单；(9) 笔；(10) 手消毒剂及挂架	工作服、帽子均由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：四步触诊：25分钟(其中用物准备10分钟，操作20分钟)。

任务3：心电监护：35分钟(其中用物准备10分钟，操作25分钟)。

### (4) 评分权重分配(见下表)

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	四步触诊	100	30%
3	心电监护	100	30%



## (5) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.询问病人既往有无高血压、慢性肾炎、糖尿病及子痫前期病史	4		
	2.本次妊娠后血压变化情况及相关诊疗过程	3		
	3.有无头痛、视力改变及上腹不适	3		
护理问题 <10 分>	1.体液过多 与下腔静脉受压回流受阻有关	4		
	2.有受伤的危险 与子痫抽搐有关	3		
	3.潜在并发症: 胎盘早剥、肾功能衰竭、脑出血等	3		
护理目标 <10 分>	1.病人体液过多得以缓解	4		
	2.病人抽搐得到有效防治	3		
	3.病人并发症得到有效防治	3		
护理措施 <40 分>	1.病情观察: (1) 血压监测: 密切监测血压变化, 发现异常及时处理; (2) 胎心监测: 定期监测胎心音, 了解胎儿宫内情况; (3) 尿量监测: 观察尿量变化, 预防肾功能衰竭; (4) 水肿监测: 观察水肿程度, 预防并发症的发生	15		
	2.用药护理, 首选硫酸镁解痉。 (1) 用药方法: 可静脉用药或肌注; (2) 注意事项: 一般每天静滴 6-12h, 24h 总量不超过 25g。在用药前、用药中及用药后均应必备以下条件: ①膝腱反射必须存在; ②呼吸不少于 16 次/分; ③尿量每 24h 不少于 600ml, 或每小时不少 25ml; ④备有 10% 葡萄糖酸钙, 出现毒性反应时应立即停用硫酸镁并静脉缓慢推注 (5-10min) 10%葡萄糖酸钙 10ml, 必要时可重复应用	15		
	3.心理护理 (1) 倾听病人的心声, 了解其心理需求; (2) 提供心理支持, 帮助病人缓解焦虑和恐惧; (3) 鼓励病人与家人、朋友保持联系, 增强社会支持	10		
护理效果评价 <10 分>	1.病人体液过多是否缓解	4		
	2.病人抽搐是否得到有效防治	3		
	3.病人并发症是否得到有效防治	3		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1 案例内容要素完整	5	
		2. 评估程序规范, 熟练	5	
	素养 <10 分>	1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5	
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5	
总分		100		

### 任务2: 四步触诊

表 2 四步触诊考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	孕(产)妇 <9分>	1.核对孕(产)妇信息,了解妊娠情况、心理状态、合作程度	3		
		2.向孕(产)妇解释检查目的和配合方法	3		
		3.嘱孕(产)妇排空膀胱	3		
	环境 <2分>	符合产前检查室要求	2		
	操作者 <4分>	1.着装整洁	2		
		2.修剪指甲,七步洗手法洗手	2		
用物 <5分>	逐一对用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置	5			
实施 <60分>	测量宫高和腹围 <12分>	1.拉上布帘或屏风遮挡	2		
		2.协助孕(产)妇于平卧位,头部稍垫高,双腿略屈曲稍分开,暴露腹部	2		
		3.测量宫高(耻骨联合上缘中点到子宫底的距离)读数准确	3		
		4.测量腹围(绕腹部最高点测量腹周径),读数准确	3		
		5.判断宫高、腹围是否与孕周相符(口述)	2		
	第一步手法 <8分>	1.双手置子宫底部,了解子宫外形并测得宫底高度,然后以两手指腹相对轻推,判断宫底部的胎儿部分;检查方法正确,动作轻柔	6		
		2.子宫底部胎儿部分判断正确	2		
	第二步手法 <10分>	1.左右手分别置于腹部左右侧,一手固定,另一手轻轻深按检查,两手交替,分辨胎背及胎儿四肢的位置;检查方法正确,动作轻柔	6		
		2.胎背与肢体位置判断正确	4		
	第三步手法 <10分>	1.右手拇指与其余4指分开,置于耻骨联合上方握住胎先露部,进一步查清是胎头或胎臀,左右推动以确定是否衔接;检查方法正确,动作轻柔	6		
		2.胎先露部位及衔接情况判断正确	4		
	第四步手法 <10分>	1.左右手分别置于胎先露部的两侧,向骨盆入口方向向下深按,再次核对胎先露部的诊断是否正确,并确定胎先露部入盆的程度;检查方法正确,动作轻柔	6		
		2.核实胎先露部位,判定胎先露部入盆程度正确	4		
	操作后处理 <10分>	1.协助孕(产)妇穿好衣裤后缓慢坐起,询问感受	3		
		2.整理用物	2		
		3.消毒双手	1		
4.告知检查结果并记录,健康指导正确,预约下次检查时间		4			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范,动作轻柔、熟练,测量结果准确	5		
		2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1.仪表举止大方得体,体现整体护理理念	4		
		2.语言亲切,态度和蔼,关心体贴,注意隐私保	3		

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
	护			
	3.沟通有效,配合良好,健康指导内容和方式合适	3		
总分		100		

### 任务 3: 心电监护评分细则

表 3 心电监护评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	病人 <9分>	1.核对医嘱、治疗卡	3	
		2.核对病人,解释目的,取得合作,协助病人取舒适卧位	3	
		3.评估病人病情、皮肤情况、上肢活动情况、指甲情况、有无过敏史、有无起搏器	3	
	环境 <2分>	评估病人周围环境、光照情况及有无电磁波干扰,确定符合心电监护仪使用要求,注意隐私保护	2	
	操作者 <4分>	1.着装整洁	2	
		2.消毒双手,方法正确;戴口罩	2	
用物 <5分>	用物准备齐全;逐一对用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置	5		
实施 <60分>	开机 <5分>	1.再次核对,告知配合要点,取得病人合作	2	
		2.连接电源,开机,检查监护仪功能是否完好	2	
		3.正确连接各导连线,并将电极片与 ECG 各导连线电极相连接,连接血氧饱和度插件,连接血压计袖带	1	
	心电图监测 <13分>	1.暴露电极安放部位并清洁局部皮肤	2	
		2.正确安放电极片:右上(RA):胸骨右缘锁骨中线第一肋间;左上(LA):胸骨左缘锁骨中线第一肋间;右下(RL):右锁骨中线剑突水平处;左下(LL):左锁骨中线剑突水平处;胸导(C):胸骨左缘第四肋间;为病人系好衣扣(位置错误一处扣1分,未扣好衣物扣1分)	6	
		3.选择(P、QRS、T波)显示清晰的导联(II导联)	3	
		4.调整波形走速为 25mm/s	2	
	呼吸监测 <4分>	1.显示呼吸的波形和数据	2	
		2.调整波形走速为 6.25mm/s	2	
	血氧饱和度监测 <4分>	1.将血氧饱和度传感器安放在病人身体的合适部位,红点对指甲,与血压计袖带相反肢体	2	
		2.显示血氧饱和度的波形和数据	2	
	无创血压监测 <8分>	1.距肘窝上 2~3cm 处缠好测血压袖带,松紧以能容纳一至两指为宜	3	
2.测血压肢体与心脏处于同一水平,伸肘并稍外展		3		

		3.按测量键, 设定测量间隔时间	2		
	心电图判读 <5分>	根据所给常见异常心电图图示, 进行准确判读	5		
	报警设置 <4分>	根据病人情况, 设定正常成人各报警上下限参数	4		
	观察<1分>	将显示屏调至主屏幕	1		
	操作后处理 <6分>	1.协助病人取舒适体位, 整理床单位	1		
		2.对病人和家属进行健康指导	2		
		3.整理用物, 医用垃圾初步处理正确	2		
		4.消毒双手、记录	1		
	停止监护 <10分>	1.取得病人及家属配合	2		
		2.关闭监护仪, 撤除导连线及电极片方法正确	2		
		3.协助病人取舒适体位并根据病情进行健康指导	2		
		4.整理用物, 医用垃圾初步处理正确	2		
		5.消毒双手, 方法正确, 记录	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范, 动作熟练	5		
		2.查对到位, 各项参数调节正确	5		
	素养 <10分>	1.态度和蔼, 体现人文关怀, 保护病人隐私	3		
		2.沟通良好, 病人合作	3		
		3.在规定时间内完成(每超过一分钟扣1分, 扣满5分为止)	4		
总分			100		

### 3.试题编号: 2-2-3 妊娠期糖尿病病人的护理

#### (1) 任务描述

邓女士, 31岁, 停经23周因多尿、多饮、多食3个月, 于2020年6月3日以妊娠期糖尿病(GDM)收入院。

任务1: 请你对邓女士进行护理评估, 提出主要护理问题, 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: 请对邓女士进行快速血糖的测定。

任务3: 请指导邓女士使用胰岛素笔。

#### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
----	------	----

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(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	快速血糖测定：(1) 治疗车；(2) 洗手液；(3) 75%乙醇；(4) 血糖仪；(5) 试纸；(6) 采血针；(7) 采血笔；(8) 无菌棉签；(9) 弯盘 (10) 记录单；(11) 笔；(12) 生活垃圾桶；(13) 医用垃圾桶；(14) 锐器盒 胰岛素笔的使用：(1) 治疗盘；(2) 75%酒精；(3) 无菌干棉签；(4) 胰岛素注射笔；(5) 注射针头；(6) 注射执行单；(7) 注射模拟模块；(8) 注射用胰岛素；(9) 锐器盒	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：快速血糖测定：35 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 25 分钟）。

任务 3：胰岛素笔的使用：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

### (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	快速血糖测定	100	30%
3	胰岛素笔的使用	100	30%

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.评估病人糖尿病病史及家族史，有无复杂性外阴阴道假丝酵母菌病、不明原因反复流产、死胎、巨大儿等	4		
	2.本次妊娠经过、病情管理及目前用药情况	3		
	3.评估有无肾脏、心血管系统及视网膜病变等合并症的症状及体征	3		
护理问题 <10 分>	1.有血糖不稳定的危险：与血糖代谢异常有关	5		
	2.知识缺乏：缺乏血糖监测、妊娠合并糖尿病自我管理	5		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		等的相关知识			
护理目标 <10分>		1.病人及家人能够描述个体化饮食方案, 体重增长保持正常范围	5		
		2.病人及家人能描述监测血糖的方法, 掌握发生高血糖及低糖的症状及应对措施, 维持母婴健康	5		
护理措施 <40分>		1.病情监测: 指导孕妇加强血糖监测, 控制血糖值接近正常水平; 每次产检做尿常规, 监测尿酮体和尿蛋白; 每月1次肝肾功能、糖化血红蛋白及眼底检查	10		
		2.控制饮食: 避免餐后高血糖及过分控制饮食导致的饥饿酮症或胎儿生长受限; 提倡少食多餐, 多食绿叶蔬菜、豆类、粗谷物和低糖水果	6		
		3.适度运动: 以有氧运动最好, 如散步、体操、太极拳等; 每日运动时间相对固定, 以餐后1h为宜, 持续20-40min, 以免发生低血糖	6		
		4.体重: 通过控制饮食和运动, 整个孕期体重增加控制在10-12kg	6		
		5.合理用药: 通过饮食、运动等生活方式干预, 血糖控制不理想者, 首选胰岛素治疗; 不宜使用磺脲类和双胍类口服降糖药	6		
		6.心理支持: 鼓励病人说出内心的感受与疑问, 帮助其树立应对压力的态度, 积极配合治疗与护理	6		
护理效果评价 <10分>		1.病人及家人掌握饮食治疗原则, 营养摄入满足营养需求, 母婴健康	5		
		2.病人血糖控制良好, 无并发症发生	5		
评价 <20分>	技能 <10分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对病人态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2: 快速血糖测定评分细则

表2 快速血糖测定考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	备注
评估及准备 <20分>	病人 <9分>	1. 核对医嘱单、治疗卡、病人床号、姓名	2		
		2. 向病人解释并取得合作	3		
		3. 评估病人全身情况、进食情况、心理状态、对疾病知识了解程度	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	备注
		4. 采血部位选择恰当, 符合病人意愿, 评估采血部位皮肤情况	2		
	环境 <2分>	环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜	2		
	操作者 <4分>	1. 操作者仪表准备 (衣帽整齐, 戴口罩)	2		
		2. 洗手或手消毒	2		
用物 <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	5			
实施 <60分>	采血前 <15分>	1. 再次核对病人姓名、床号	5		
		2. 做好解释, 安慰病人	5		
		3. 开机, 检查血糖仪性能是否良好, 确认血糖仪条码与试纸条码一致, 将试纸插入机内	5		
	采血 <40分>	1. 正确选择采血部位, 75%乙醇消毒皮肤, 待干	5		
		2. 正确安装采血针头, 调节合适档位深度	5		
		3. 快速采血, 减轻病人痛苦	5		
		4. 用干棉签拭去第一滴血, 将第2滴血轻触试纸测试区	5		
		5. 读取血糖值	5		
		6. 取出试纸, 关闭仪器	5		
		7. 整理用物, 针头丢入锐器盒, 试纸丢入医用垃圾桶内集中处理	5		
8. 洗手, 记录测试结果并告知病人, 做相关解释	5				
健康指导 <5分>	给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导	5			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣完4分为止	5		
		2. 操作规范, 动作熟练、轻柔, 测量结果准确	5		
	素养 <10分>	1. 病人安全、满意	3		
		2. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱病人	3		
		3. 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适	4		
总分			100		

### 任务3: 胰岛素笔的使用评分细则

表3 胰岛素笔的使用评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	备注
评估 及	病人 <10分>	1. 核对医嘱	2		
		2. 评估病人住院信息、全身情况、意识状态等	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	备注
准备 <20分>		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	3		
		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 <3分>	着装整洁仪表端庄，衣冠整齐，不佩带首饰，剪净指甲	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	5		
实施 <60分>	操作前 <5分>	1. 核对患者的信息并解释，取得其配合	2		
		2. 告知被患者在注射过程中需要配合的注意事项	2		
		3. 病人取舒适的体位	1		
	操作中 <55分>	1. 核对医嘱	2		
		2. 按注射执行单取胰岛素笔（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	3		
		4. 如为中效和预混胰岛素，将胰岛素笔在手掌间水平滚搓10次，在上下摇动10次，直至胰岛素药液呈均匀白色雾状	3		
		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	2		
		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。	3		
		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	2		
		10. 消毒：75%酒精消毒注射部位，待干	3		
		11. 再次查对床号、姓名、胰岛素剂量、剂型、注射途径；捏起注射部位，与皮肤呈45度或90度进针；皮肤（根据情况可不捏），握笔式垂直进针	4		
		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，继续按住推键直至针头完全拔出	4		
		13. 用无菌干棉签按压注射点，不宜揉或挤压穿刺点，如无出血及溢液可不按压	2		
		14. 再次核对，在治疗卡上签名	2		
		15. 处理针头，分类处理用物	3		
	操作后 <10分>	1. 交待进餐时间及注意事项，观察反应，安置病人	3		
		2. 嘱病人卧床休息，整理用物，评估胰岛素的剩余量，量不足下次使用时及时准备，正确存放胰岛素笔	3		
3. 处理污物		2			
4. 洗手并记录		2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔	5		
		2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为	5		



考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	备注
分>		止			
	素养 <10分>	1.病人安全、满意	5		
		3.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	5		
总分			100		

#### 4.试题编号：2-2-4 胎盘早剥病人的护理

##### (1) 任务描述

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

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

任务2：请为李女士留置导尿。

任务3：请对新生儿实施新生儿窒息复苏。

##### (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1)模拟病房、手术室；(2)模拟治疗室、处置室	
资源	(1)床单位；(2)多功能护理人；(3)治疗车；(4)手消毒剂；(5)处置室备有生活垃圾桶、医疗垃圾桶、锐器盒；(6)屏风；(7)新生儿远红外线辐射抢救台；(8)新生儿复苏模型(已置于垫以浴巾的辐射台)；(9)氧源；(10)吸氧装置；(11)氧气连接管；(12)助手1名	
用物	留置导尿用物：(1)双腔气囊导尿管2根；(2)无菌导尿包(内层包布内装弯盘2个、血管钳2把、治疗碗、小药杯内置棉球数个、液状石蜡油棉球瓶、有盖标本瓶、纱布数块、孔巾1块，内层包布外用血管钳固定)；(3)外阴消毒包(内层包布内装弯盘1个、盛数个棉球的治疗碗、止血钳1把、纱布数块、内层包布外用血管钳固定)；(4)无菌集尿袋1个；(5)皮肤消毒液2瓶；(6)无菌手套2副；(7)无菌生理盐水；(8)20ml无菌注射器；(9)无菌棉签；(10)一次性垫巾；(11)大浴巾；(12)尿管标识贴；(13)手消毒液；(14)治疗卡；(15)病历本及护理记录单(按需准备)；(16)治疗盘；(17)治疗车 新生儿窒息复苏用物：(1)吸球；(2)听诊器；(3)脉氧仪；(4)复苏囊(已连接氧源)；(5)面罩；(6)喉镜；(7)上好金属芯的气管导管；(8)带秒针的钟表	工作服、帽子均由主考学校准备

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

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：留置导尿（女病人）：35 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 25 分钟）。

任务 3：新生儿窒息复苏：15 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 10 分钟）。

### (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	留置导尿（女病人）	100	30%
3	新生儿窒息复苏	100	30%

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.详细了解病人有无引起胎盘早剥的易患因素	4		
	2.了解病人腹痛及阴道流血情况	3		
	3.了解病人的心理状况	3		
护理问题 <10 分>	1.潜在并发症 失血性休克、产后出血、DIC、胎儿窘迫或死亡	4		
	2.疼痛：腹痛 与胎盘后出血及血肿形成导致局部压力升高有关	3		
	3.恐惧 与大出血、担心胎儿及自身安危有关	3		
护理目标 <10 分>	1.病人并发症得到有效防治	4		
	2.病人疼痛减轻	3		
	3.病人恐惧缓解，情绪稳定	3		
护理措施 <40 分>	1.术前： （1）迅速开放静脉通道，积极补充血容量，备血、输血； （2）监测生命体征，注意宫缩和胎心变化； （3）密切观察是否有凝血功能障碍； （4）左侧卧位，吸氧，保暖，勿做阴道检查，减少刺	20		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		激； (5) 留置导尿，做好剖宫产及抢救新生儿的准备			
		2.术后： (1) 给予持续心电监护，严密观察病人生命体征及神志、意识，有无烦躁不安、呼吸急促等症状，仔细观察皮肤颜色、温度及血氧饱和度，并及时做好记录；床边备好急救药品及物品，病情变化时积极配合急救； (2) 按摩子宫；遵医嘱应用宫缩剂，腹部切口加压沙袋 8h，捆腹带，指导病人术后 24 h 绝对卧床休息； (3) 详细记录出入水量，纠正休克、保护肾功能、维持酸碱平衡； (4) 严密观察子宫收缩情况，正确估算阴道出血量并观察腹部切口的出血情况，如有异常，及时报告医生，并做好相关处理	16		
		3.心理护理：向病人及家属讲述胎盘早剥的相关知识，提供心理支持；陪伴病人，减轻其恐惧的情绪	4		
护理效果评价 <10 分>		1.病人并发症是否得到有效防治	4		
		2.病人疼痛是否减轻	3		
		3.病人恐惧心理是否缓解	3		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10 分>	1. 对病人态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据病人采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：留置导尿（女病人）

表 2 留置导尿（女病人）考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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	3		
		3. 评估病人会阴及膀胱充盈情况	2		
		4. 评估病人心理状况，解释并取得合作，嘱有自理能力病人自行清洗会阴	2		
	环境 <3 分>	清洁、宽敞、明亮，关闭门窗、屏风遮挡，符合无菌技术要求，注意保护隐私	3		
	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；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
实施 <60 分>	初步	1. 带用物至床旁，核对，解释，取得同意；拉上窗帘或屏风遮挡	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
考核内容	消毒 <18分>	2. 了解外阴清洗情况	1		
		3. 体位安置符合操作要求, 铺一次性垫巾, 暴露外阴, 病人感觉舒适	2		
		4. 打开消毒包方法正确, 倒入消毒液量适宜	2		
		5. 戴无菌手套方法正确	2		
		6. 右手持止血钳夹消毒液棉球擦洗: 从上至下、从外向内, 一个棉球限用一次、消毒方向不折返, 消毒顺序正确, 中间不留空隙, 动作轻柔, 符合原则, 关心病人	7		
		7. 医用垃圾初步处理正确	2		
		再次消毒 <18分>	1. 开无菌导尿包无污染, 倒入适量消毒液, 备好生理盐水、导尿管、无菌注射器、集尿袋	2	
	2. 戴无菌手套方法正确		2		
	3. 铺巾方法正确, 无污染, 无菌巾与孔巾构成一无菌区		4		
	4. 检查气囊, 无漏气		2		
	5. 连接导尿管与集尿袋, 润滑长度合适		2		
	6. 左手分开并固定小阴唇, 右手持血管钳夹棉球消毒尿道口、两侧小阴唇内侧、尿道口, 每个棉球用一次, 污棉球及用过的血管钳放弯盘内并移开, 消毒符合要求, 顺序正确, 动作轻柔		6		
	插管与固定 <14分>	1. 嘱病人深呼吸, 插管动作轻柔, 插入尿道约 4~6cm, 见尿液流出再插入 7~10cm, 用血管钳夹闭导尿管末端。沟通有效	5		
		2. 根据导尿管上注明的气囊容积向气囊注入等量的无菌生理盐水, 生理盐水注入方法正确, 轻拉导尿管有阻力感, 导尿管固定有效	4		
		3. 固定集尿袋, 开放导尿管	2		
		4. 及时撤下用物, 注意保护隐私和保暖	1		
		5. 集尿袋固定妥当、低于膀胱的位置。脱手套。注明置管日期	2		
	导尿后处理 <10分>	1. 及时撤出浴巾, 协助病人穿好裤子及取舒适体位, 床单位整洁	2		
		2. 消毒双手, 方法正确; 取下口罩; 记录	3		
		3. 健康指导内容正确, 方式合适	3		
4. 医用垃圾初步处理正确		2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 无菌观念强, 病人满意	5		
		2. 操作规范, 流程熟练	5		
	素养 <10分>	1. 举止大方得体, 关爱病人, 护患沟通有效, 体现整体护理理念	5		

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
	2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
总分		100		

### 任务3：新生儿窒息复苏评分细则

表3 新生儿窒息复苏评分细则

考核内容	考核点及评分细则	分值	得分	备注	
评估及准备 <20分>	病人 <9分>	1.评估产妇是否有妊娠期高血压、糖尿病等妊娠合并症，是否有宫缩乏力、产程延长等	4		
		2.评估胎盘发育是否异常，有无脐带绕颈，胎儿畸形等	3		
		3.电子胎心监护是否正常	3		
	环境 <2分>	清洁、安静、光线充足、温暖、舒适，辐射台预热	2		
	操作者 <4分>	更衣、换鞋、戴口罩、帽子、手套	4		
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	5			
实施 <60分>	快速评估 <3分>	询问产科工作人员：足月吗？羊水清吗？有呼吸或哭声吗？肌张力好吗	3		
	初步复苏 <12分>	1.将新生儿放在预热的辐射台上	2		
		2.保暖，摆正体位，使新生儿处于鼻吸气体位	2		
		3.清理气道，用吸引球吸引，先口2后鼻1	2		
		4.擦干全身（顺序：眼睛、脸、头、躯干、四肢），拿开湿毛巾	2		
		5.给予触觉刺激（轻弹足底2次或按摩背部2次），重新摆正体位	2		
		6.评估心率、呼吸；口述：心率<100次/分	2		
	正压人工通气 <16分>	1.口述：有呼吸，心率<100次/分，进行正压人工通气	3		
		2.请助手连接脉氧仪	2		
		3.正压人工通气方法：一手持气囊，另一手呈“C”形环绕面罩，从新生儿下颏往上扣，依次盖住新生儿的下颏尖端、口和鼻，不遮住眼睛。频率40-60次/分，压力20-25cmH <sub>2</sub> O	3		
		4.操作5-10次后，口述胸廓起伏不良	2		
		5.矫正通气：①重新安放面罩；②重新摆正体位，使新生儿处于鼻吸气体位；③检查口咽部有无分泌物；④通气时使新生儿的嘴微微张开；⑤检查压力是否足够	5		
		6.继续正压人工通气30s	1		
气管插管	1.听6秒心率，口述：心率<60次/分，立即气管插管进行正压人工通气配合胸外心脏按压	2			

	<8分>	2.请助手常压给氧，右手固定新生儿的头部，左手持喉镜，从新生儿的口腔右侧舌面滑入，将舌头推向左侧，使其顶端到达会厌软骨谷，上抬镜片，暴露声门，右手持导管插入，插入深度为声带线平声门处、端唇距离为公斤体重加 5-6 厘米，拔出导管内金属芯，连接复苏囊，请助手进行正压人工通气	6		
	胸外心脏按压 <18分>	1.口述胸外心脏按压的指征：在至少 30 秒有效的正压通气后，心率仍 < 60 次/分	2		
		2.按压部位：胸骨下段三分之一，避开剑突，在两乳头连线中点下方	2		
		3.按压深度：胸廓前后径的三分之一	2		
		4.按压频率：每分钟 120 个动作，90 次按压，30 次通气。2 秒一个周期，3 次按压，1 次通气	2		
		5.按压方法：①拇指法：两拇指相对，放于按压部位，第一指关节弯曲，垂直按压胸骨，其余手指环绕新生儿胸廓在背部做支撑。②双指法：用一手的中指加食指或中指加无名指，放于按压部位，两手指与胸骨垂直。任选其中一种按压方法即可	3		
		6.操作时由胸外心脏按压者大声喊 1-2-3-吸	2		
		7.继续正压人工通气配合胸外心脏按压 45-60 秒	2		
		8.听 6 秒心率，口述：心率>100 次/分，停止按压	1		
		9.新生儿有自主呼吸，逐渐停止正压通气	2		
复苏后处理 <3分>	1.口述：保暖，送 NICU 进行复苏后护理	1			
	2.垃圾分类处理	1			
	3.消毒双手，记录	1			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.急救意识强，操作规范，手法正确，动作连贯	5		
		2.在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣完 5 分为止	5		
	素养 <10分>	1.与助手配合良好，表述清楚	5		
		2.仪表举止大方得体，关爱患儿，体现人文关怀	5		
总分			100		

### 项目 3：分娩期护理

#### 1.试题编号：2-3-1 正常分娩产妇的护理

##### (1) 任务描述

李女士，29 岁，G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>，现停经 39+1 周。末次月经 2019 年 9 月 12 日，昨日下午开始出现下腹部轻微疼痛伴腰骶部坠胀，阴道少许血性分泌物。今日上午下腹疼痛加重，呈阵发性。以“宫内妊娠 39<sup>+</sup>1 周，LOA，临产”收入院。腹部检查：宫高 35cm，腹围 100cm，LOA，先露未入盆，宫缩规律，

30"/5'~6'。胎心率 146 次/分，律齐。阴道检查：宫颈管已消，宫口未开，头先露，S-3，胎膜未破。骨盆外测量正常。辅助检查：血、尿常规检查各项指标均在正常范围，胎心监护为反应型。产妇及家属要求阴道分娩，入院后助产士观察及处理的产程记录如下：

6月13日

12: 00 Bp120/80mmHg，胎心率 146 次/分，宫缩 30"/5'~6'，宫口未开，S<sup>-3</sup>，胎膜未破。

13: 00 胎膜自然破裂，羊水清亮，约 50ml。胎心率 148 次/分，宫缩 25"/3'~4'，宫口开大 0.5cm，S<sup>-2</sup>。

14: 00 胎心率 142 次/分，宫缩 25"/3'~4'，宫口开大 1cm，S<sup>-2</sup>，羊水清亮。

15: 00 胎心率 150 次/分，宫缩 25"/2'~3'，宫口开大 2cm，S<sup>-1</sup>，羊水清亮。

16: 00 Bp117/74mmHg，胎心率 152 次/分，宫缩 30"/2'~3'，宫口开大 3cm，S<sup>=0</sup>，羊水清亮。

17: 00 胎心率 146 次/分，宫缩 30"/2'~3'，宫口开大 4cm，S<sup>+1.5</sup>，羊水清亮。送产妇入产房。

18: 00 Bp120/77mmHg，胎心率 150 次/分，宫缩 40"/2'，宫口开大 6cm，S<sup>+2</sup>，羊水清亮。

19: 00 胎心率 148 次/分，宫缩 40"~50"/1'~2'，宫口开大 10cm，S<sup>+3</sup>，羊水清亮。

19: 30 顺利分娩一活女婴。

任务 1: 请你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: 请对李女士进行四步触诊检查。

任务 3: 请你在产程图上完整记录李女士产程进展及处理情况, 并分析产程处理是否恰当。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟产检室; (2) 模拟产房	
资源	(1) 床单位; (2) 产前检查模型; (3) 办公桌椅; (4) 屏风; (5) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶	
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 绘制产程图用物: (1) 病历夹; (2) 产程图记录单; (3) 红色水笔; (4) 蓝色水笔; (5) 直尺	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

任务 2: 四步触诊: 25 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 15 分钟)。

任务 3: 绘制产程图: 35 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 25 分钟)。

## (4) 评分权重分配 (见下表)

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	四步触诊	100	30%
3	绘制产程图	100	30%

## (5) 评分细则

任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	询问产妇及家属产前检查情况、既往孕产史、本次妊娠经过, 宫缩出现的时间、频率及强度, 有无阴道流血或阴道流液等	5		
	评估生命体征、宫缩、胎心率、宫口扩张及先露下降程度、胎膜是否破裂, 评估宫颈成熟度等	5		
护理问题 <10 分>	1.急性疼痛: 与逐渐加强的子宫收缩有关	3		
	2.焦虑: 与担心分娩能否顺利进行及胎儿安危有关	3		
	3.知识缺乏: 与不会正确使用腹压有关	2		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		4.有母儿受伤的危险：与会阴裂伤及新生儿产伤有关	2		
护理目标 <10分>	1.产妇自觉疼痛减轻		3		
	2.产妇情绪稳定，有信心正常分娩		3		
	3.产妇能正确使用腹压，积极参与分娩过程		2		
	4.产妇会阴无严重裂伤，新生儿无产伤		2		
护理措施 <40分>	1.一般护理：保持环境安静、温暖以及私密；指导产妇合理进食，鼓励适量摄入流质和半流质食物或液体；指导产妇活动与休息，不限制体位；鼓励产妇排空大小便		3		
	2.心理护理：陪伴在产妇身边，鼓励产妇说出内心的感受，给予及时指导和帮助，随时告知产程进展情况，鼓励产妇，缓解产妇紧张、焦虑情绪		3		
	3.观察宫缩；勤听胎心；观察产程进展情况，及时、准确、规范完成产程图的绘制与产程处理的记录，并对产程进展是否正常做出判断		5		
	4.指导产妇正确屏气用力		5		
	5.做好接生准备及接生		12		
	6.新生儿护理：清理呼吸道；进行阿普加（Apgar）评分；处理脐带；检查新生儿体表有无畸形，测身长、体重、穿衣，填写手腕带信息、系手腕带；在母亲面前印足印及产妇手指印；进行早接触、早吸吮、早开奶		6		
	7.产妇护理：正确助娩胎盘，检查胎盘胎膜是否完整；检查软产道是否完整；预防产后出血；产后 2h 无异常，将产妇及新生儿送母婴室继续观察		6		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1.对产妇态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2.能根据产妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：四步触诊评分细则

表 2 四步触诊评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <9分>	1.核对孕（产）妇信息，了解妊娠情况、心理状态、合作程度	3		
		2.向孕（产）妇解释检查目的和配合方法	3		
		3.嘱孕（产）妇排空膀胱	3		
	环境 <2分>	符合产前检查室要求	2		
	操作者 <4分>	1.着装整洁	2		
2.修剪指甲，七步洗手法洗手		2			

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

### 任务3：绘制产程图评分细则

表3 绘制产程图评分细则

考核内容		技术要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <5分>	问候产妇、核对产妇信息，与产妇和家属沟通，评估产妇情况：核对姓名、床号及一般资料、一般情况评估及产程进展情况评估	5		
	环境 <2分>	安静、明亮、清洁	2		
	操作者 <2分>	衣帽整洁、仪表端庄、剪指甲、洗手	2		
	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	5		
	认识产程图单 <6分>	说出产程图单的结构	3		
		说明产程图中横坐标、纵坐标的表示	3		
实施 <60分>	绘制宫口扩张曲线 <20分>	1.用红色“○”表示宫颈扩张程度	5		
		2.标志点坐标位置准确	10		
		3.将相邻宫口扩张的红色“○”用红色直线连接起来，点圆线直	5		
	绘制先露下降曲线 <20分>	1.用蓝色“×”表示先露下降程度	4		
		2.标志点坐标位置准确	8		
		3.将相邻胎头下降程度以蓝色直线连接，直至胎儿娩出。胎儿娩出时间点用红色“○”中间加蓝色“×”标记，用“♂”表示男孩，“♀”表示女孩	8		
	填写附属表格 <10分>	1.检查内容使用医学术语逐一正确填写（每缺漏一项扣1分）	6		
2.每次记录均应签名		4			
分析产程 <10分>	根据产程曲线情况进行正确分析判断，写出完整诊断	10			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.产程图绘制清楚准确，记录位置正确	2		
		2.符号规整，红蓝笔使用正确，连线准确，点圆线直，点线分明	2		
		3.字迹工整，页面整洁，无涂改	1		
		4.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1.产妇安全、满意	4		
		2.语言亲切，态度和蔼，关爱产妇	3		
		3.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	3		
总分		100			

## 2.试题编号：2-3-2 正常分娩产妇的护理

### (1) 任务描述

许女士，25岁，G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>，因停经38<sup>+6</sup>周，规律性下腹部胀痛2小时入院。体查：T36.7℃，P72次/分，R20次/分，Bp112/72mmHg，神志清楚，心肺检查正常。产科检查：宫高31cm，腹围96cm，头先露，已入盆，可扪及

规则宫缩，35秒/4~5分钟，胎心135次/分，规则。骨盆测量径线正常，胎位LOA。阴道检查：宫颈管已消，宫口开大1cm，S<sup>-1</sup>。入院后8小时，宫缩40~50秒/2~3分钟，宫口开大5cm，S<sup>=0</sup>。许女士难以耐受逐渐加重的腹痛，情绪不稳定，哭闹不已，多次询问孩子会不会有问题、分娩过程中自己会不会有生命危险等，数次要求剖宫产术终止妊娠。

任务1：请对许女士进行护理评估，并提出主要的护理问题，针对首优护理问题提出有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务2：许女士产程进展顺利，8小时后查宫缩50~60秒/1~2分钟，胎心率146次/分，宫口已开全，S<sup>+3</sup>，扶许女士入产房准备接生。请为许女士进行产后会阴消毒。

任务3：请为许女士接产。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟产房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	产后会阴消毒用物：(1) 无菌治疗碗2个；(2) 无菌镊子4把；(3) 无菌持物钳1把；(4) 无菌持物筒1个；(5) 无菌干纱布罐1个；(6) 20%肥皂液纱布罐1个；(7) 0.5%碘伏纱布罐1个；(8) 冲洗壶（内盛39~41℃的温开水1000ml）；(9) 无菌接生巾；(10) 一次性垫单1块；(11) 无菌治疗巾1块；(12) 水温计1根；(13) 手消毒剂1瓶；(14) 病历本及笔；(15) 便盆 自然分娩接产技术用物：(1) 灭菌产包1个（内有手术衣1或2件；(2) 聚血皿1个；(3) 弯盘1个；(4) 直止血钳2把；(5) 弯止血钳1把；(6) 中单1块；(7) 无菌小巾3块；(8) 洞巾1块；(9) 腿套1双；(10) 纱布若干；(11) 棉签2根；(12) 脐带剪1把；(13) 吸球1个；(14) 气门芯2个；(15) 新生儿护脐包1个；(16) 无菌手套2双；(17) 吸痰管1根；(18) 2.5%碘酊溶液和75%乙醇；(19) 病历本；(20) 笔	操作者工作服、帽子、口罩等由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务 2：产前会阴消毒：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：自然分娩接产技术：35 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 25 分钟）。

#### （4）评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	产前会阴消毒	100	30%
3	自然分娩接产技术	100	30%

#### （5）评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.了解产妇一般资料，本次妊娠有无高危因素；询问末次产前检查以来及临产后的情况	4		
	2.评估产妇的一般情况、疼痛的部位、程度；评估产程进展情况；评估胎儿宫内情况	4		
	3.评估产妇的心理-社会状况，询问产妇对分娩时的疼痛是否有心理准备	2		
护理问题 <10 分>	1.疼痛：腹痛 与逐渐增强的子宫收缩有关	4		
	2.焦虑/恐惧：与缺乏分娩相关知识、担心能否顺利分娩及胎儿健康、环境改变等有关	3		
	3.舒适的改变：与子宫收缩、环境不适等有关	3		
护理目标 <10 分>	1.产妇能正确对待宫缩痛，学会缓解疼痛的放松技巧	4		
	2.产妇情绪稳定，有信心能正常分娩	3		
	3.产妇表示不适程度减轻	3		
护理措施 <40 分>	1.一般护理：监测生命体征变化；指导第一产程正确饮食；指导产妇采取自由舒适体位，促进身体舒适和放松；鼓励产妇及时排空膀胱	5		
	2.疼痛护理：采用陪伴、调整呼吸、按摩、热敷等方法缓解分娩疼	5		
	3.心理护理：安慰产妇，消除产妇的焦虑和恐惧心理，保持良好的精神状态	5		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		4.专科护理：胎心监测；观察宫缩变化；观察宫颈扩张和胎头下降程度；一旦发现胎膜破裂，立即听胎心，观察羊水颜色、性状和流出量，记录破膜时间；产程图绘制：以临产时间（h）为横坐标，以宫颈扩张程度（cm）为纵坐标在左侧，胎头下降程度（cm）为纵坐标在右侧，画出宫口扩张曲线和胎头下降曲线	20		
护理效果评价 <10分>		1.产妇是否自述疼痛程度有所减轻	4		
		2.产妇是否能描述正常分娩过程的知识，正常分娩的自信心是否增强，并参与与控制分娩过程	3		
		3.产妇是否表现不适程度减轻，是否能保持适当的摄入和排泄	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对产妇态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据产妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：产前会阴消毒评分细则

表 2 产前会阴消毒评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <8分>	1.核对产妇个人基本信息	3		
		2.评估产妇血压、宫缩、胎头下降情况、胎心情况、膀胱充盈度、会阴清洁度及皮肤情况	5		
	环境 <3分>	符合产房要求，清洁、安静，温湿度适宜，注意保暖，保护产妇隐私	3		
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁，佩戴挂表、仪表端庄、剪指甲	2		
		2.洗手方法正确、戴口罩	2		
用物 <5分>	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	5			
实施 (60分)	再次核对 (2分)	再次核对产妇姓名并解释，取得合作	2		
	摆体位 (2分)	取膀胱截石位，暴露会阴部，调整脚架的位置	2		
	外阴清洁 <26分>	1.铺臀下垫单	2		
		2.肥皂水纱布清洁外阴顺序、方法正确，少擦洗一处扣2分，顺序错扣3分，留间隙扣2分	12		
		3.消毒的干棉球盖住阴道口，	1		
		4.（口述）冲洗前核查水温	2		
		5.温开水冲洗，顺序、方法正确	7		
6.（口述）根据需要，可重复擦洗和冲洗一遍或多遍，以确保外阴清洁	2				
擦干 <5分>	干纱布擦干，顺序、方法正确	5			

	外阴消毒 <20分>	1.取无菌治疗碗及若干0.5%碘伏纱布	2		
		2.碘伏消毒顺序、方法正确，少擦洗一处扣2分，顺序错扣5分，留间隙扣3分)	16		
		3.取出阴道口内的纱布，撤下一次性垫单	2		
	消毒后处理 <5分>	1.撤去垫单，臀下垫无菌治疗巾	1		
		2.核对清点用物（器械、敷料），初步处理医用垃圾	1		
		3.垫上会阴消毒垫，协助产妇取分娩体位，注意保暖	2		
		4.脱手套、口罩，洗手，在护理记录单上记录产前会阴消毒情况	1		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，手法正确，动作娴熟	3		
		2.无菌观念强	2		
		3.在规定时间内完成每超过一分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.态度和蔼，关心体贴产妇，体现整体护理理念	5		
		2.与产妇有效沟通，指导产妇配合良好	5		
总分			100		

## 任务2：自然分娩接产技术评分细则

表3 自然分娩接产技术评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <8分>	1.核对产妇个人基本信息	3		
		2.评估产妇血压、宫缩、胎头下降情况、胎心情况、膀胱充盈度	5		
	环境 <3分>	符合产房要求，清洁、安静，温湿度适宜，注意保暖，保护产妇隐私	3		
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁，佩戴挂表、仪表端庄、剪指甲	2		
		2.洗手/消毒手方法正确、戴口罩	2		
用物 <5分>	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	5			
实施 <60分>	上台前准备 <7分>	1.（口述）确定胎方位并报告	1		
		2.协助产妇取舒适体位，暴露外阴部、腹部，行产前阴消毒并铺无菌巾（口述）	1		
		3.5~10分钟听诊胎心一次或持续胎心监护	1		
		4.外科洗手（口述），穿无菌手术衣、带无菌手套	1		
		5.持续心理支持（口述），指导产妇正确使用腹压	2		
		6.再次与产妇解释配合方法，取得合作	1		
	整理产台用物 <4分>	1.打开产包内包布，查看灭菌指示卡是否达到灭菌效果，清点器械、敷料，与巡回助产士配合默契	1		
		2.整理产台用物，按使用顺序摆放	2		
		3.用一把止血钳套好气门芯	1		

	保护会阴与协助胎儿娩出 <18分>	1.站在产妇右侧，口述保护会阴正确时间	2			
		2.保护会阴方法正确	4			
		3.协助胎头娩出方法正确，并注意控制胎头娩出的速度	5			
		4.协助胎肩娩出方法正确	4			
		5.协助胎体娩出方法正确，	2			
		6.记录出生时间，垫聚血皿于产妇臀下	1			
	清理呼吸道与Apgar评分 <5分>	1.清理呼吸道方法正确	2			
		2.擦干全身	1			
		3.进行Apgar评分正确，（口述）1分钟及5分钟的评分情况及得分	2			
	处理新生儿脐带 <8分>	1.断脐时间（口述）、方法正确	2			
		2.消毒脐根部方法正确	1			
		3.套扎气门芯方法正确，无渗血	3			
		4.消毒并包扎脐带断端方法正确	2			
	确认并交接新生儿 <2分>	1.查看外生殖器，产妇确认并说出新生儿的性别	1			
		2.与巡回助产士递交新生儿，方法正确且安全	1			
	协助胎盘娩出 <5分>	1.（口述）胎盘剥离的征象正确	2			
		2.协助胎盘娩出方法正确	3			
	检查胎盘胎膜、软产道 <6分>	1.检查胎盘及胎膜方法正确，（口述）检查结果	4			
		2.检查软产道方法正确，（口述）检查结果	2			
	接产后处理 <5分>	1.用消毒溶液棉球擦净会阴血迹	1			
		2.核对清点用物（器械、敷料），初步处理医用垃圾	1			
		3.帮产妇垫上会阴消毒垫，协助产妇取舒适体位，注意保暖	1			
		4.（口述）产后留产房观察时间及护理内容正确	1			
		5.脱手术衣、手套，洗手，记录	1			
	评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，手法正确，动作娴熟	3		
			2.无菌观念强	2		
3.在规定时间内完成每超过一分钟扣1分，扣满5分为止			5			
素养 <10分>		1.语言亲切，沟通有效，产妇合作，健康教育合适	5			
	2.态度和蔼，关心体贴，注意隐私保护	5				
总分			100			

### 3.试题编号：2-3-3 正常分娩产妇的护理

#### (1) 任务描述



龚女士，25岁，G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>，因妊娠39周临产入院。腹部检查：头先露，胎心率142次/分，宫缩25秒/3~4分，胎儿估重4000g。阴道检查：宫口扩张2cm，头先露S<sup>-2</sup>。12小时后检查，宫缩25秒/3~4分钟，宫缩弱，宫口开全，头先露S<sup>+2</sup>，LOA位，无头盆不称。胎心率108次/分。产妇精神紧张，疲乏无力。

任务1：请你对龚女士进行护理评估，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：请对龚女士采取会阴切开缝合术。

任务3：请给龚女士采取胎头吸引术。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟产房；(2) 模拟处置室	
资源	(1) 多功能产床；(2) 接生病房模型（已消毒并铺一次性无菌巾）；(3) 会阴切开模型；(4) 胎儿模型；(5) 胎盘模型；(6) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 志愿者（学校随机指定）	
用物	会阴切开缝合术用物：会阴侧切缝合包1个（内含弯盘1个、会阴侧切剪1把、持针器1把、线剪1把、血管钳2把、有齿镊1把、无齿镊1把）；三角针1枚；圆针1枚；纱布及棉球若干；消毒带尾线纱布卷1卷；无菌手套2双；2-0可吸收线1根；1号丝线一包；20ml注射器1支；0.5%利多卡因20ml；消毒剂；病历本；笔；胎头吸引器；橡胶管；50ml注射器1支 胎头吸引术用物：负压吸引器1个；会阴侧切缝合包1个；50ml注射器1支；血管钳2把；治疗巾2块；棉球若干；0.5%聚维酮碘溶液；无菌手套1副；无菌导尿管1根，吸氧面罩1个，供养设备，新生儿抢救药品等	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：会阴侧切缝合术：30分钟（其中用物准备10分钟，操作20分钟）。

任务3：胎头吸引术：30分钟（其中用物准备10分钟，操作20分钟）。

#### (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	会阴侧切缝合术	100	30%
3	胎头吸引术	100	30%

#### (5) 评分细则

##### 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.询问有无巨大胎儿的高危因素，有无糖尿病史	3		
	2.了解本次妊娠经过及产前检查情况	3		
	3.评估产程进展情况及产妇对疼痛的耐受程度、心理变化	4		
护理问题 <10 分>	1.疲乏：与产妇体力消耗有关	4		
	2.焦虑：与担心自身和胎儿安危有关	3		
	3.潜在并发症：产后出血、胎儿窘迫、产褥感染	3		
护理目标 <10 分>	1.产妇疲乏减轻，保持良好体力	4		
	2.产妇焦虑减轻，情绪稳定，安全度过分娩期	3		
	3.母婴并发症得到有效预防或及时发现处理	3		
护理措施 <40 分>	1.改善全身状况：指导产妇安静休息，消除精神紧张，保存体力；鼓励产妇进食进水，必要时静脉补充液体和能量	10		
	2.加强宫缩 静脉滴注缩宫素	5		
	3.减轻焦虑：多关心、安慰产妇，给予理解和安慰，鼓励产妇及家属表达出他们的担心和不适，随时解答他们的疑问，及时提供目前产程进展和护理计划等信息	10		
	4.协助医生行阴道助产术，缩短产程，减少并发症的发生	5		
	5.健康指导：加强营养，保持外阴部清洁，注意恶露的量、颜色及气味；指导母乳喂养	10		
护理效果评价 <10 分>	1.产妇的疲乏感是否减轻，有无水、电解质失衡	4		
	2.产妇焦虑是否减轻，情绪是否稳定，舒适感是否增加	3		
	3.母婴并发症是否预防或被及时发现	3		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1 案例内容要素完整	5	
	2 评估程序规范，熟练	5		
素养 <10 分>	1.对产妇态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
	2.能根据产妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分		100		

## 任务2：会阴侧切缝合术评分细则

表2 会阴侧切缝合术评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <8分>	1.核对产妇信息，评估会阴体条件，（口述）会阴侧切的适应证	4		
		2.向产妇解释目的和配合方法	2		
		3.与产妇及家属谈话并签字（口述）	2		
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮，关门窗、符合产房要求，调节室温 24~26℃	3		
	操作者 <4分>	1.着装整齐	2		
2.洗手，戴口罩		2			
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	5			
实施 <60分>	操作前准备 <6分>	1.消毒外阴并铺无菌巾（口述）	1		
		2.安置产妇取膀胱截石位，充分暴露会阴，助产士立于产妇右侧，按外科手术要求洗手，穿无菌手术衣、戴无菌手套	2		
		3.行会阴局部麻醉（口述）	1		
		4.判断会阴切开时机正确（口述）	2		
	会阴左侧斜切开 <15分>	1.撑开左侧阴道壁手法正确	4		
		2.放置会阴侧切剪方法正确	4		
		3.剪开会阴方法正确，口述清楚	5		
		4.剪开后立即用纱布压迫止血，方法正确	2		
	娩出 <2分>	胎儿、胎盘顺利娩出（口述）	2		
	缝合前检查 <3分>	1.检查会阴切口有无延伸（口述）	1		
		2.检查软产道有无裂伤，报告检查情况（口述）	2		
	缝合 <18分>	1.放置带有尾线的纱布卷塞入阴道顶端，（口述）用生理盐水冲洗切口	2		
		2.缝合阴道黏膜层方法正确，间距合适、切缘对齐	5		
		3.缝合肌层及皮下组织方法正确，间距合适、切缘对齐	5		
		4.缝合会阴皮肤方法正确，间距合适、切缘对齐	5		
	缝合后检查 <8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	3		
3.肛查判断有无缝线穿透直肠（口述）		3			
操作后处理 <8分>	1.用消毒棉球擦净产妇会阴皮肤血迹，臀下放置消毒垫单	2			
	2.协助产妇放平双腿仰卧于产床上，盖上被单，询问感受，（口述）留产房内观察2小时	3			
	3.核对清点用物（器械、敷料），脱下手术	3			

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		衣及手套、洗手、取下口罩，记录会阴侧切及缝合情况，记录皮肤缝合针数，按要求整理用物			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，方法正确，动作熟练	3		
		2.无菌观念强	2		
		3.在规定时间内完成，每超时1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.仪表举止大方得体，动作轻柔，关爱产妇，体现人文关怀理念	5		
2.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适		5			
总分			100		

### 任务3：胎头吸引术评分细则

表3 胎头吸引术评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估 及 准备 <20分>	产妇 <8分>	1.核对产妇信息	2		
		2.评估产科情况	3		
		3.向产妇解释目的和配合方法，评估产妇心理及合作程度	3		
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮，关门窗、符合产房要求，调节室温24~26℃	3		
	操作者 <4分>	1.着装整齐	2		
		2.洗手，戴口罩	2		
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	5			
实施 <60分>	操作前 准备 <10分>	1.产妇取膀胱截石位，充分暴露会阴，助产士立于产妇右侧	2		
		2.消毒外阴、铺无菌巾、导尿（口述）	1		
		3.按外科手术要求洗手，穿无菌手术衣、戴无菌手套	2		
		4.初产妇或会阴过紧者应做会阴切开术（口述）	2		
		5.再次评估手术条件，明确宫口是否开全、胎方位、先露高低	3		
	放置 吸引器 <22分>	1.检查吸引器是否漏气（口述）	2		
		2.吸引器边缘涂润滑剂（口述）	2		
		3.放置吸引器方法正确，动作协调	7		
		4.检查吸引器是否紧贴头皮、有无阴道壁或宫颈夹于吸引器与胎头之间，方法正确	7		
		5.调整吸引器，使其横柄与胎头矢状缝一致，方法正确	4		
	形成	1.连接注射器缓慢抽气或连接电动吸引器，	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
	负压 <4分>	形成负压，方法正确，压力适合			
		2.血管钳夹紧橡胶管，形成产瘤（口述）方法正确，时间准确	2		
	牵引 吸引器 <10分>	1.试牵引，了解有无漏气（口述）	2		
		2.右手常规保护会阴	3		
		3.牵引吸引器，方法正确，时间适宜	5		
	取下吸引 器及娩出 胎儿 <6分>	1.胎头双顶径牵出阴道口后，松开橡胶管，解除负压，取下吸引器	4		
		2.协助娩出胎儿、胎盘（口述）	2		
	操作后 处理 <8分>	1.检查软产道有无裂伤（口述）	2		
		2.擦净产妇会阴血迹，臀下放置消毒垫单，协助产妇放平双腿仰卧于产床上，盖上被单，询问感受，（口述）留产房内观察2小时	3		
		3.核对清点用物（器械、敷料），脱下手术衣及手套、洗手、取下口罩，记录手术情况，按要求整理用物	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，方法正确，动作熟练	3		
		2.无菌观念强	2		
		3.在规定时间内完成，每超时1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.仪表举止大方得体，动作轻柔，关爱患者，体现人文关怀理念	5		
		2.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	5		
总分			100		

## 项目 4：产褥期护理

### 1.试题编号：2-4-1 人工剥离胎盘术后产妇的护理

#### (1) 任务描述

姜女士，27岁，G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>。因停经39<sup>+5</sup>周，阵发性下腹痛2小时入院。入院11小时后宫口开全，因“第二产程延长、会阴体紧”行会阴侧切术助娩一活女婴，体重3950g，新生儿出生后情况良好。新生儿娩出后20分钟胎盘未娩出，阴道流血增多，行人工剥离胎盘，检查胎盘胎膜尚完整。产后2h产房内观察，产妇一般情况好，子宫收缩好，阴道流血不多。

任务1：请对姜女士行护理评估，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：请为该产妇进行头孢西丁皮试。

任务 3：请为该产妇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) 模拟产房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 屏风或布帘；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	皮内注射用物：(1) 过敏药物专用注射盘；(2) 无菌纱布；(3) 皮肤消毒剂；(4) 弯盘；(5) 试验药物和生理盐水注射液；(6) 砂轮和启瓶器；(7) 注射卡、无菌棉签和笔；(8) 1ml 注射器和 5ml 注射器；(9) 急救盒（内备 0.1% 盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器）；(10) 吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置（口述）；(11) 手消剂；(12) 病历本及护理记录单（按需准备） 密闭式静脉输液用物：(1) 一次性密闭式输液器；(2) 一次性注射器；(3) 输液架；(4) 剪刀；(5) 皮肤消毒剂；(6) 无菌棉签；(7) 弯盘；(8) 一次性止血带；(9) 无菌纱布；(10) 瓶签；(11) 输液溶液；(12) 药物；(13) 砂轮；(14) 输液贴；(15) 小枕及一次性垫巾；(16) 笔；(17) 输液卡；(18) 手消剂；(19) 夹板和绷带（按需准备）；(20) 一次性手套（按需准备）；(21) 急救盒（按需准备）；(22) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：皮内注射：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：密闭式静脉输液：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

## (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	皮内注射	100	30%
3	密闭式静脉输液	100	30%

## (5) 评分细则

## 任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.询问并查询产妇孕前健康状况、妊娠经过	2		
	2.评估分娩过程是否顺利、用药情况；产后出血量及会阴撕裂程度	2		
	3.评估产妇生命体征、子宫收缩情况、宫底高度、阴道流血量、膀胱是否充盈、会阴侧切伤口情况	4		
	4.评估产妇对分娩经历的感受、产妇的自我形象、母亲的行为、对孩子的看法等心理状态	2		
护理问题 <10 分>	1.潜在并发症：产后出血、产褥感染、尿潴留	2		
	2.疼痛：与产后宫缩痛、会阴切口疼痛有关	2		
	3.有感染的危险：与产程延长、会阴切开、人工剥离胎盘等操作有关	2		
	4.母乳喂养低效或无效：与会阴伤口疼痛、母乳喂养技能不熟练及母乳供给不足有关	2		
	5.知识缺乏：缺乏产褥期保健知识	2		
护理目标 <10 分>	1.产妇未发生产后并发症或得到有效防治。	2		
	2.产妇疼痛逐渐减轻消失。	2		
	3.产妇无感染或感染征象被及时发现并控制。	2		
	4.产妇能成功进行母乳喂养。	2		
	5.产妇获得产褥期保健相关知识。	2		
护理措施 <40 分>	1.心理护理：与产妇建立良好的关系，尊重产妇；促进产妇产后心理调试，精神放松，提供帮助，主动为产妇及孩子提供日常生活护理	4		
	2.一般护理：提供良好的修养环境，保持床单位的整洁、干燥，及时更换会阴垫；指导产妇注意营养和保证充足的睡眠；鼓励产妇早下床活动，多饮水，保持大小便通畅产后 6~12 小时可下床轻微活动，产后 24 小时可在室内随意走动，并开始循序渐进做产后保健操。	7		
	3.加强监护，预防并发症：预防产后出血：观察子宫复旧及恶露，每日手测子宫底高度了解子宫复旧情况，观察恶露的量、颜色和气味；遵医嘱予头孢西丁静脉滴注预防感染	12		
	4.会阴护理：勤换会阴垫、内裤，大便后用水清洗，保持会阴部清洁，会阴擦洗每日 2~3 次；嘱产妇取会阴伤口对侧卧位，观察切口有无红肿、硬结及分泌物	7		
	5.母乳喂养指导：进行母乳喂养知识和技能的评估，鼓励并指导母乳喂养；按需哺乳、坚持夜间哺乳，鼓励产妇树立母乳喂养的信心	7		
护理效果评价	1.产妇并发症是否得到有效防治	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
<10分>		2.产妇疼痛是否逐渐缓解消失	2		
		3.产妇是否发生感染或被有效控制	2		
		4.产妇在喂养新生儿后身体是否舒适，新生儿体重增长是否正常	2		
		5.产妇是否了解产褥期自我护理及新生儿护理要点	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对产妇态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据产妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：皮内注射

表2 皮内注射考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20分>	产妇 <9分>	1. 核对医嘱、注射卡	2		
		2. 评估产妇全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等	3		
		3. 评估产妇局部情况，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. 评估产妇心理状况，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；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
实施 <60分>	备药 <12分>	1. 认真执行三查八对	2		
		2. 配制溶媒选择正确	2		
		3. 过敏试验溶液浓度正确，遵守无菌技术操作原则	4		
		4. 标明过敏药物皮试液，请他人核对	2		
		5. 医用垃圾初步处理正确	2		
	注射 <38分>	1. 产妇信息核对到位，解释规范	2		
		2. 产妇体位准备与病情相符，尊重个人意愿	3		
		3. 注射部位选择正确	6		
		4. 皮肤消毒液的选择及消毒方法正确，直径大于5cm	4		
		5. 注射前再次核对药物	3		
		6. 持针方法正确，进针角度、深度符合要求，推注药量准确	8		
		7. 注射后核对并记录	2		
		8. 急救盘放置妥当	2		
		9. 及时消毒双手，方法正确；取下口罩	2		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		10. 注意事项交待到位，产妇理解	4		
		11. 医用垃圾初步处理正确	2		
	观察 <4分>	巡视病房，听取产妇主诉，了解皮丘情况，及时发现并处理不适反应	4		
	结果判断 <6分>	皮试结果判断准确，告知产妇并及时记录	6		
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔	5		
		2. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）	5		
	素养 <10分>	1. 产妇安全、满意	2		
		2. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	4		
		3. 语言亲切，态度和蔼，关爱产妇	4		
总分		100			

### 任务3：密闭式静脉输液

表3 密闭式静脉输液考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <9分>	1. 核对医嘱、输液卡	2		
		2. 评估产妇全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等	3		
		3. 评估产妇局部情况，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. 评估产妇心理状况，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；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
实施 <60分>	备药 <12分>	1. 核对输液卡，评估药物	2		
		2. 输液瓶瓶签上书写内容准确	2		
		3. 添加药液执行三查八对，剂量准确，无菌观念强	2		
		4. 请他人核对并签名	2		
		5. 关调节器开关，一次性输液器插入正确	2		
		6. 医用垃圾初步处理正确	2		
	输液	1. 再次核对输液卡、产妇、药液；沟通有效；体位准备合适	4		
		2. 备好输液贴，再次查对后挂输液瓶	2		
		3. 初次排气一次成功，药液无浪费	3		
		4. 垫一次性垫枕，扎一次性止血带位置正确、松紧适宜，穿刺部位消毒方法正确	3		
		5. 再次排气，穿刺一针见血	8		

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注	
考核内容	<38分>	6. 输液贴固定牢固、美观	2		
		7. 输液速度调节正确	6		
		8. 记录输液的时间、滴速并签名	2		
		9. 消毒双手，取下口罩	2		
		10. 整理床单位，帮产妇取舒适体位	2		
		11. 健康指导有效，产妇能理解和复述	2		
		12. 医用垃圾初步处理正确	2		
	观察 <2分>	巡视病房，听取产妇主诉，及时发现并处理输液故障、不适反应；需要继续输液者更换药物方法正确（可口述）	2		
	拔针 <8分>	1 再次核对，解释，消毒双手、戴口罩	2		
		2. 拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀	3		
		3. 医用垃圾初步处理正确	1		
		4. 消毒双手，取下口罩	1		
5. 健康指导内容有针对性		1			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，坚持三查八对，无菌观念强	5		
		2. 在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）	5		
	素养 <10分>	1. 产妇安全、满意	2		
		2. 护患沟通有效，产妇合作	4		
		3. 仪表举止大方得体，关爱产妇，体现整体护理理念	4		
	总分		100		

## 项目 5：新生儿护理

### 1. 试题编号：2-5-1 正常足月儿的护理

#### (1) 任务描述

万女士，28岁，足月顺产一男婴，体重3700g，身长50cm，Apgar评分1分钟10分。第二天体查T36.8℃（肛温），P135次/分，R39次/分，精神好，母乳喂养，已排胎便5次，小便4次。

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

任务 2：请遵医嘱为新生儿沐浴。

任务 3：请遵医嘱为新生儿进行皮下注射。

## (2) 实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟新生儿护理室；(2) 处置室	
资源	新生儿沐浴用物：(1) 浴盆；(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 皮下注射用物：(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(4) 屏风；(5) 皮下注射模型	
用物	新生儿沐浴用物：(1) 围裙；(2) 新生儿衣服；(3) 纸尿裤；(4) 包被；(5) 浴巾 2 条；(6) 大毛巾 1 条；(7) 小毛巾 2 条；(8) 洗发沐浴液；(9) 水温计 1 个；(10) 指甲剪；(11) 无菌棉签若干； (12) 75%乙醇；(13) 手消毒剂；(14) 病历本；(15) 笔；(16) 皮肤消毒剂（按需准备）；(17) 5%鞣酸软膏（按需准备） 皮下注射用物：(1) 无菌持物钳/镊及持物钳/镊筒；(2) 敷料缸（内备无菌纱布数块）；(3) 无菌盘；(4) 砂轮；(5) 药物（遵医嘱）； (6) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(7) 弯盘；(8) 注射卡和笔；(9) 无菌棉签；(10) 手消毒剂；(11) 皮肤消毒液；(12) 必要时配抢救盒；(13) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：新生儿沐浴：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

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

## (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	新生儿沐浴	100	30%
3	皮下注射	100	30%

## (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表1 案例评估与分析评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10分>		1.评估新生儿出生后器官功能是否完善	3		
		2.评估新生儿适应能力如何	3		
		3.评估新生儿有无护理不当和消毒隔离制度不严	4		
护理问题 <10分>		1.有窒息的危险：与呛奶、呕吐有关	3		
		2.有体温失调的危险：与体温调节中枢发育不完善有关	3		
		3.有感染的危险：与新生儿免疫功能不足及皮肤黏膜屏障功能有关	4		
护理目标 <10分>		1.新生儿未发生窒息	3		
		2.新生儿体温能维持正常	3		
		3.新生儿儿未出现感染	4		
护理措施 <40分>		1.保持呼吸道通畅：专人看护，经常检查鼻孔是否通畅，清除鼻孔内分泌物，避免物品阻挡新生儿口鼻腔或按压其他胸部	10		
		2.维持体温的稳定：保持新生儿室温在 22-24℃，相对湿度在 55%-65%，并采取不同的保暖措施。	10		
		3.预防感染：接触新生儿前后勤洗手，避免交叉感染。做好脐部护理：每天检查脐部，涂以 75%乙醇，使其干燥。体温稳定后可每天沐浴 1 次，同时检查皮肤粘膜完整性及有无肛旁脓肿等情况，每次大便后用温水清洗会阴及臀部，以防尿布性皮炎	20		
护理效果评价 <10分>		1.新生儿是否发生窒息	3		
		2.新生儿体温是否正常	3		
		3.新生儿是否出现感染	4		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5		
		2.对患儿有爱，能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分			100		

任务2：新生儿沐浴评分细则

表2 新生儿沐浴考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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并向家属解释操作目的	2		
		2.沐浴时间选择恰当	2		
	环境 <2分>	口述环境适合符合沐浴要求（温度、治疗车和操作台的清洁）	2		
	操作者 <4分>	1.着装整齐，头发整理好	2		
		2.指甲已修剪，手上无饰物，口述洗手方法正确	2		
	用物 <10分>	用物准备齐全；逐一对用物进行评估，质量符合要求；按操作先后顺序放置	10		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注	
	分>					
实施 <60分>	沐浴前准备 <12分>	1.系好围裙，调试水温，在盆底垫大毛巾	2			
		2.将新生儿抱至散包台，解开包被，再次核对新生儿基本信息	4			
		3.评估新生儿全身情况，脱新生儿衣裤动作熟练（保留纸尿裤），用大毛巾包裹新生儿全身，口述评估情况	6			
	沐浴 <32分>	1.清洗头面部时抱姿正确，新生儿安全	4			
		2.面部清洗方法正确，动作轻柔	5			
		3.防止水流入耳道方法正确	2			
		4.头发清洗方法正确，及时擦干	3			
		5.将新生儿抱回散包台，解开大毛巾，取下纸尿裤	2			
		6.清洗躯干时抱姿正确，换手时动作熟练，新生儿安全	4			
		7.按顺序擦洗新生儿全身，沐浴液冲洗干净，动作轻柔、熟练，新生儿安全	10			
	沐浴后处理 <16分>	8.及时将新生儿抱起放于大毛巾中，迅速包裹拭干水份	2			
		1.新生儿脐部评估及护理方法正确	3			
		2.新生儿臀部护理正确	2			
		3.给新生儿穿衣方法正确，动作熟练	3			
		4.脱去围裙，将新生儿安置妥当，并告知家长沐浴情况及沐浴后的注意事项	4			
		5.垃圾初步处理正确	2			
	评价 <20分>	技能 <10分>	6.及时消毒双手，记录沐浴情况	2		
			1.新生儿、环境、自身、用物的评估及准备工作到位	2		
2.操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中注意新生儿安全。			3			
素养 <10分>		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5			
		1.态度和蔼，和新生儿及家属沟通有效	5			
	2.关爱新生儿，操作过程中与新生儿有目光、语言上的交流	5				
总分			100			

### 任务3：皮下注射评分细则

表3 皮下注射考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备	患儿 <9分>	1.核对医嘱、注射卡	2		
		2.评估患儿全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等	3		

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注	
<20分>		3.评估患儿局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况，肢体活动度良好	2		
		4.评估患儿心理状况，解释并取得合作	2		
	环境<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；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
实施<60分>	备药<12分>	1.核对注射卡、药物	2		
		2.规范抽吸药液，剂量准确，无污染、无浪费	4		
		3.再次核对并签名	2		
		4.请他人核对并签名	2		
		5.医用垃圾初步处理正确	2		
	注射<38分>	1.带用物至患儿床旁，核对床号、姓名，并解释	2		
		2.协助患儿取合适体位	3		
		3.注射部位选择合适，定位方法正确并能口述	6		
		4.注射部位皮肤消毒符合要求（消毒两遍，消毒直径不小于5cm，不留缝隙，待干）	4		
		5.注射前查对，排尽空气，备干棉签	3		
		6.持针方法正确，皮肤绷紧，进针角度、深度合适，进针后回抽无回血，注射一次成功	8		
		7.缓慢推药并口述，询问患儿感受	4		
		8.注射完毕快速拔针并按压	2		
		9.及时处理注射器和针头	2		
		10.再次核对、记录	2		
		11.及时消毒双手，取下口罩	2		
	注射后处理<10分>	1.整理床单位，帮助患儿取舒适体位	2		
		2.健康指导内容、方式合适	4		
		3.医用垃圾初步处理正确	2		
4.巡视病房，听取患儿主诉，及时发现并处理用药后反应		2			
评价<20分>	技能<10分>	1.遵守原则和规范，无菌观念强，做到了“五个准确”	2		
		2.动作轻柔，运用无痛注射技术	3		
		3.在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）	5		
	素养<10分>	1.护患沟通良好，健康指导有效	5		
		2.仪表举止端庄，关爱患儿	5		
		总分	100		

## 2.试题编号：2-5-2 足月小样儿的护理

### (1) 任务描述

患儿系 G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>，孕 37<sup>+3</sup>周，单胎，于 2021 年 5 月 2 日 12:25 顺产出生，出生体重 2.2Kg,无胎膜早破，羊水清，Apgar 评分 1 分钟 10 分，因出生后体重低，故以“足月小样儿”由产科转入新生儿科住院治疗。出生以来，无发热、抽搐，无发绀、呕吐，无呻吟等表现，反应可，暂未开奶，未解大小便。入院查体：T:35.6℃，HR:128 次/分，R:50 次/分，WT:2.2kg。

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：遵医嘱给患儿实施抚触。

任务 3：遵医嘱对患儿进行体格测量。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 抚触室 (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	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 体格测量用物：(1) 电子体重秤；(2) 一次性垫巾；(3) 软尺；(4) 身高测量器；(5) 手消毒液；(6) 护理记录单（按需准备）	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	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：新生儿抚触：35 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 25 分钟）。

任务 3：体格测量：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

## (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	婴儿抚触	100	30%

序号	考核点及评分要求	分值	权重
3	体格测量	100	30%

### (5) 评分细则

#### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>		1.评估患儿的胎龄、分娩情况, 是否存在早产、窒息等因素	3		
		2.评估患儿母亲身体状况	3		
		3.评估患儿的体温、反应及喂养等情况	4		
护理问题 <10 分>		1.营养失调: 低于机体需要量 与宫内营养及娩出后未及时母乳喂养有关	5		
		2.体温调节无效: 与皮下脂肪缺乏有关	5		
护理目标 <10 分>		1.家长能对婴儿合理喂养, 体重逐渐增加达到正常	5		
		2.患儿体温维持正常	5		
护理措施 <40 分>		1.合理喂养: 尽量给予母乳喂养, 促进患儿吸收, 如果条件有限、母乳不足, 应给予早产奶的喂养。在喂养过程中应注意观察患儿面色及呼吸情况, 如有异常立即停止喂养报告医生及时处理, 待皮肤颜色及口唇颜色恢复正常, 可重新开始喂奶	25		
		2.保暖措施: 保持新生儿室温在 24-26℃, 相对湿度在 55%-65%, 并采取不同的保暖措施	15		
护理效果评价 <10 分>		1.患儿体温是否恢复正常	5		
		2.患儿是否获得足够的营养和水分, 体重增长是否达到正常标准	5		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10 分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5		
		2.对患儿有爱, 能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分			100		

#### 任务 2: 新生儿抚触评分细则

表 2 新生儿抚触评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	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			



	<b>用物 &lt;5分&gt;</b>	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	5		
<b>实施 &lt;60分&gt;</b>	<b>抚触前 准备 &lt;7分&gt;</b>	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		
	<b>头面部 抚触 &lt;7分&gt;</b>	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		
	<b>胸部抚触 &lt;5分&gt;</b>	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		
	<b>腹部抚触 &lt;8分&gt;</b>	双手依次进行腹部抚触，动作娴熟，情感交流自然、真切	8		
	<b>上肢抚触 &lt;8分&gt;</b>	手臂、手腕、手指、掌心、手背等不同部位抚触方法正确，情感交流自然	8		
	<b>下肢抚触 &lt;8分&gt;</b>	大腿、小腿、踝部、足跟、脚趾、脚掌心、足背抚触方法正确，情感交流自然	8		
	<b>背部抚触 &lt;7分&gt;</b>	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		
	<b>臀部抚触 &lt;3分&gt;</b>	臀部抚触方法正确	3		
<b>抚触后 处理 &lt;7分&gt;</b>	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			
<b>评价 &lt;20分&gt;</b>	<b>技能 &lt;10分&gt;</b>	1.新生儿、环境、自身、用物的评估及准备工作到位	2		
		2.操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中注意新生儿安全。	3		
		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	<b>素养 &lt;10分&gt;</b>	1.态度和蔼，和新生儿及家属沟通有效。	5		
		2.关爱新生儿，操作过程中与新生儿有目光、语言上的交流。	5		
<b>总分</b>			100		

### 任务3：体格发育测量评分细则

表3 体格发育测量评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
<b>评估及 准备 &lt;20分&gt;</b>	<b>患儿 &lt;6分&gt;</b>	1.核对个人信息及饮食、大小便情况	4		
		2.时间选择恰当	2		
	<b>环境 &lt;4分&gt;</b>	室内安静、清洁、温暖、光线明亮	4		
	<b>操作者</b>	着装整洁，端庄大方	2		

	<4分>	修剪指甲，消毒双手方法正确	2		
	用物 <6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	6		
操作 过程 <60分>	核对患儿 <4分>	1.核对新生儿信息	2		
		2.向家长解释体格测量的目的	2		
	体重测量 <12分>	1.将电子体重秤接通电源，确认功能正常	2		
		2.将一次性垫巾铺在体重秤上	2		
		3.去除新生儿衣服及尿布，将其轻轻放于秤盘上，数值稳定后准确读数并记录	8		
	身高测量 <13分>	1.测量板上铺一次性垫巾，新生儿仰卧于量板中线上	2		
		2.将头顶部轻触测量板顶端，头部扶正	2		
		3.左手按住新生儿双膝，使双腿伸直，右手推动滑板至两足底，准确读数并记录	9		
	头围测量 <13分>	1.请家长协助固定新生儿头部	2		
		2.左手拇指将软尺零点固定于头部一侧眉弓上缘，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	2		
		3.准确读出头围数值并记录	9		
	胸围测量 <12分>	1.取卧位，两臂顺其放置	2		
		2.左手将软尺零点固定于新生儿一侧乳头下缘，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	2		
		3.取平静呼吸时吸、呼气的平均数并记录	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>	技能 <10分>	1.新生儿的评估及环境、自身、用物准备工作到位	2		
		2.操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中注意新生儿安全	3		
		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	5		
	素养 <10分>	1.态度和蔼，和新生儿及家属沟通有效	5		
2.关爱新生儿，操作过程中与新生儿有目光、语言上的交流		5			
总分			100		

## 项目6：儿童护理

### 1.试题编号：2-6-1 支气管肺炎患儿的护理

#### (1) 任务描述

患儿，男，9个月，因“发热、咳嗽4天，气促1天”入院。患儿4天前

无明显诱因出现发热、咳嗽，体温波动在这 38~39℃，阵发性刺激性干咳，在当地医院诊断为“上感”，给抗生素和退热处理。近 1 天来，咳嗽渐加重，伴有喘憋。体格检查：T39.1℃，P150 次/分，R62 次/分。精神萎靡、口周发绀，鼻翼扇动，有轻度的三凹征。心音低钝，双肺可闻及较密集的中、细湿啰音。辅助检查：WBC 14×10<sup>9</sup>/L，N 0.80，L 0.20。胸片显示：双肺下野点片状阴影。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理问题，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：遵医嘱给患儿实施肌肉注射。

任务 3：遵医嘱给患儿实施雾化吸入。

## (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 (5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	肌肉注射用物：(1) 无菌持物钳/镊及持物钳/镊筒；(2) 敷料缸（内备无菌纱布数块）；(3) 无菌盘；(4) 砂轮；(5) 药物（遵医嘱）；(6) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(7) 弯盘；(8) 注射卡和笔；(9) 无菌棉签；(10) 手消毒剂；(11) 皮肤消毒液；(12) 必要时配抢救盒；(13) 病历本及护理记录单（按需准备） 雾化吸入用物：(1) 超声波雾化吸入器一套；(2) 水温计；(3) 弯盘；(4) 冷蒸馏水；(5) 生理盐水；(6) 药物；(7) 消毒液、无菌棉签和砂轮；(8) 无菌持物钳；(9) 无菌纱布；(10) 一次性注射器；(11) 一次性治疗巾；(12) 手电筒；(13) 手消毒剂；(14) 笔；(15) 病历本及护理记录单（按需准备）；(16) 治疗车；(17) 锐器盒、医疗垃圾桶和生活垃圾桶	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：肌肉注射：25 分钟（其中用物准备 8 分钟，操作 17 分钟）。

任务 3：雾化吸入：35 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 20 分钟）。

#### (4) 评分权重分配 (见下表)

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	肌肉注射	100	30%
3	雾化吸入	100	30%

#### (5) 评分细则

##### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	评估患儿有无反复呼吸道感染史, 发病前是否有麻疹、百日咳等呼吸道传染病	3		
	评估患儿发热、咳嗽、咳痰的情况	3		
	评估患儿呼吸、心率, 是否易出现并发症	2		
	评估患儿血常规、胸部 X 线、病原学等检查结果	1		
护理问题 <10 分>	评估患儿家属心理	1		
	1. 气体交换受损 与肺部炎症有关	4		
	2. 清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物过多, 患儿年龄小无力排痰有关	3		
护理目标 <10 分>	3. 体温过高 与肺部感染有关	3		
	1. 患儿气促、发绀症状逐渐改善以至消失, 呼吸平稳	4		
	2. 患儿能顺利有效地咳出痰液, 呼吸道通畅	3		
护理措施 <40 分>	3. 患儿体温恢复正常	3		
	1. 改善呼吸功能 保持室内空气清新, 室温控制在 18~20°C, 湿度 60%。嘱患儿卧床休息, 减少活动。适度保暖, 内衣应宽松, 以免影响呼吸。遵医嘱予面罩或头罩给氧, 氧流量为 2~4L/min, 氧浓度不超过 50%~60%。并遵医嘱给予抗生素治疗	10		
	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	10		
	3. 维持体温正常 密切监测体温变化, 遵医嘱物理或药物降温	10		
护理效果评价 <10 分>	4. 病情观察 密切观察患儿意识、神志、面色、呼吸、心率、瞳孔、肌张力等变化, 观察有无呕吐、腹胀、肠鸣音减弱或消失、便血等	10		
	1. 患儿气促、发绀症状是否逐渐改善以至消失, 呼吸平稳	4		
	2. 患儿是否能顺利有效地咳出痰液, 呼吸道是否通畅	3		
评价 <20 分>	3. 患儿住院期间体温及其他生命体征是否恢复正常	3		
	技能 <10 分>	1. 案例内容要素完整	5	
		2. 评估程序规范, 熟练	5	

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5		
	2.对患儿有爱,能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分		100		

## 任务 2: 肌内注射评分细则

表 2 肌内注射考核评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注	
评估及准备 <20分>	患儿 <9分>	1.核对医嘱、注射卡	2		
		2.评估患儿全身情况:年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等	3		
		3.评估患儿局部情况,选择合适注射部位:无红肿、硬结、瘢痕等情况,肢体活动度良好	2		
		4.评估患儿心理状况,解释并取得合作	2		
	环境 <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;逐一对用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置	5			
实施 <60分>	备药 <12分>	1.核对注射卡、药物	2		
		2.规范抽吸药液,剂量准确,无污染、无浪费	4		
		3.再次核对并签名	2		
		4.请他人核对并签名	2		
		5.医用垃圾初步处理正确	2		
	注射 <38分>	1.带用物至患儿床旁,核对床号、姓名,并解释	2		
		2.协助患儿取合适体位	2		
		3.注射部位选择合适,定位方法正确并能口述	6		
		4.注射部位皮肤消毒符合要求(消毒两遍,消毒直径不小于5cm,不留缝隙,待干)	4		
		5.注射前查对,排尽空气,备干棉签	2		
		6.持针方法正确,皮肤绷紧,进针角度、深度合适,进针后回抽无回血,注射一次成功	12		
		7.缓慢推药并口述,询问患儿感受	2		
		8.注射完毕快速拔针并按压	2		
		9.及时处理注射器和针头	2		
		10.再次核对、记录	2		
		11.及时消毒双手,取下口罩	2		
	注射后处理 <10分>	1.整理床单位,帮助患儿取舒适体位	2		
		2.健康指导内容、方式合适	4		
		3.医用垃圾初步处理正确	2		
4.巡视病房,听取患儿主诉,及时发现并处理用药后反应		2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.遵守原则和规范,无菌观念强,做到了“五个准确”	2		
		2.动作轻柔,运用无痛注射技术	3		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		3.在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）	5		
	素养 <10分>	1.仪表举止端庄，关爱患儿	5		
		2.护患沟通良好，健康指导有效	5		
总分			100		

### 任务3：雾化吸入评分细则

表3 雾化吸入考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿 <9分>	1.核对医嘱	2		
		2.评估患儿全身情况：病情、意识状态、肢体活动能力、治疗情况、用药史、过敏史	3		
		3.评估患儿局部情况：呼吸道是否通畅、面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等	2		
		4.评估患儿心理状况，解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	环境清洁、安静，光线、温湿度适宜	2		
	操作者 <4分>	1.着装整洁 2.洗手，戴口罩	2 2		
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	5			
实施 <60分>	雾化前准备 <15分>	1.检查雾化器各部件是否完好，有无松动、脱落等异常情况	3		
		2.连接雾化器各部件	3		
		3.水槽内加冷蒸馏水，水量要求浸没雾化罐底部的透声膜	5		
		4.核对医嘱、治疗卡（单）、药物，将药物用生理盐水稀释至30~50ml加入雾化罐内，将雾化罐放入水槽，盖紧水槽盖	4		
	雾化吸入 <33分>	1.带用物至床旁，核对患儿信息，解释操作目的	3		
		2.根据病情，协助患儿采取合适体位，颌下铺巾	3		
		3.接通电源，打开电源开关，调整定时开关至所需时间，打开雾化开关，调节雾量	6		
		4.二次核对	2		
		5.将口含嘴放入患儿口中（或用面罩罩住患儿口鼻部）	3		
		6.指导患儿闭口深呼吸，告知患儿或家属注意事项	5		
		7.再次核对	2		
		8.询问患儿有无不适，注意观察患儿情况	3		
		9.雾化完毕（口述），取下口含嘴或面罩	3		
		10.先关雾化开关，再关电源开关	3		
操作后处理 <12分>	1.清洁患儿面部，取下治疗巾	3			
	2.协助患儿取舒适卧位，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、	3			

		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.洗净双手，取下口罩，记录	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，流程熟练	5		
		3.在规定时间内完成（每超过一分钟扣1分，扣满5分为止）	5		
	素养 <10分>	1.仪表、举止大方得体，关爱患儿	3		
		2.患儿满意，呼吸道通畅，感觉舒适	3		
		3.护患沟通良好，健康指导有效	4		
总分			100		

## 2.试题编号：2-6-2 先天性心脏病患儿的护理

### （1）任务描述

患儿，女，11个月，生后3个月起出现青紫，活动后气急，因吃奶时出现阵发性呼吸困难、烦躁和青紫加重入院。体查：P140次/分，R37次/分，生长发育明显落后，口唇、耳垂、指（趾）青紫明显，有杵状指（趾），胸骨左缘闻及Ⅲ级收缩期杂音。辅助检查：血常规 Hb180g/L，胸部 X 线显示心影呈靴形，心电图示右心室肥大。

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：请遵医嘱为患儿进行体格测量（体重、身高、头围和胸围测量）。

任务 3：请遵医嘱为患儿实施氧气吸入疗法。

### （2）实施条件

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

### (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

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

任务 3: 氧气吸入疗法 (氧气筒): 35 分钟 (其中用物准备 15 分钟, 操作 20 分钟)。

### (4) 评分权重分配 (见下表)

评分权重分配表			
序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	体格测量	100	30%
3	氧气吸入法 (氧气筒)	100	30%

### (5) 评分细则

任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1.了解母亲妊娠史, 孕期有无病毒感染、用药等病史	2		
	2.询问患儿出现青紫的时间及持续时间	2		
	3.评估患儿, 有无喂养困难、多汗和反复呼吸道感染	2		
	4.评估患儿有无阵发性呼吸困难或晕厥发作	2		
护理问题 <10 分>	1.活动无耐力: 与血氧饱和度下降有关	3		
	2.营养失调: 低于机体需要量 与喂养困难及组织缺氧有关	3		
	3.潜在并发症: 脑血栓、感染性心内膜炎、心力衰竭	3		
	4.焦虑: 与疾病的威胁, 对检查手术担忧有关	1		
护理目标 <10 分>	1.患儿能进行适当的活动, 满足基本生活所需	3		
	2.患儿能获得科学的喂养和足够的营养	2		
	3.患儿未发生并发症或发生时能被及时发现, 得到及时适当的处理	3		
	4.家长获得本病的有关知识, 患儿和家长得到心理支持	2		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理措施 <40分>		1.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	7		
		2.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，避免呛咳	7		
		3.注意观察病情，防止并发症发生：注意观察、防止患儿因活动、哭闹、便秘引起缺氧发作，一旦发生应将患儿置于膝胸卧位，同时给予吸氧，并配合医生给予吗啡和普萘洛尔急救；患儿血液粘稠度高，在发热、出汗、吐泻时，易形成血栓，要注意供给充足液体；注意保护性隔离，做各种口腔小手术时，应给予抗生素预防感染，防止感染性心内膜炎发生；观察有无心力衰竭的表现，如出现，立即置患儿于半卧位，给予吸氧，及时报告医生，并按心衰护理	20		
		4.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,预防并发症	6		
护理效果评价 <10分>		1.患儿活动耐力是否提高	3		
		2.营养摄入是否满足机体需要,生长发育是否接近正常儿童	2		
		3.是否发生并发症或并发症有没有得到及时有效的处理	3		
		4.家长是否了解本病的相关知识，是否积极配合治疗和护理	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整	5		
		2.评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力	5		
		2.对患儿有爱，能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育	5		
总分			100		

## 任务2：体格测量测量评分细则

表2 体格发育测量评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿 <6分>	1.个人信息及合作情况	4		
		2.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，逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	6			
操作过程	核对患儿 <4分>	1.核对患儿信息	2		
		2.向家长解释体格测量的目的	2		

<60分>	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.去除患儿衣服及尿布，将其轻轻放于秤盘上，数值稳定后准确读数并记录	8		
	身高测量 <13分>	1.测量板上铺一次性垫巾，患儿仰卧于量板中线上	2		
		2.将头顶部轻触测量板顶端，头部扶正	2		
		3.左手按住患儿双膝，使双腿伸直，右手推动滑板至两足底，准确读数并记录	9		
	头围测量 <13分>	1.请家长协助固定患儿头部	2		
		2.左手拇指将软尺零点固定于头部一侧眉弓上缘，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	2		
		3.准确读出头围数值并记录	9		
	胸围测量 <12分>	1.取卧位，两臂顺其放置	2		
		2.左手将软尺零点固定于患儿一侧乳头下缘，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	2		
		3.取平静呼吸时吸、呼气的平均数并记录	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>	技能 <10分>	1.患儿的评估及环境、自身、用物准备工作到位	2		
		2.操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中注意患儿安全	3		
		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.态度和蔼，和家属沟通有效	5		
2.关爱新生儿，操作过程中与患儿有目光、语言上的交流		5			
总分			100		

### 任务3：氧气吸入法（氧气筒）

表3 氧气吸入（氧气筒）考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿 <9分>	1.核对医嘱、输氧卡	2		
		2.评估患儿全身情况：年龄、病情、意识、生命体征、缺氧的原因、表现和程度	2		
		3.评估患儿局部情况：鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿，鼻中隔是否偏曲，鼻腔是否通畅等	3		
		4.评估患儿心理状况，解释并取得合作	2		
	环境	清洁、宽敞、明亮、安全、舒适，病房无明火，远离	3		

	<3分>	热源			
	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; 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 过程 <60分>	装表 <8分>	(1)冲尘(2)上氧气表(3)连接通气管、湿化瓶(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	8		
	给氧 <32分>	1.带用物至床旁, 核对床号、姓名、手腕带并解释	4		
		2.协助患儿取舒适体位	2		
		3.检查、清洁双侧鼻腔	2		
		4.连接鼻导管, 调节流量	5		
		5.湿化并检查鼻导管是否通畅	4		
		6.插管、固定(将导管环绕患儿耳部向下放置, 长期输氧者将导管绕至枕后固定, 调整松紧度)	4		
		7.消毒双手、取下口罩, 记录给氧时间及流量, 挂输氧卡	4		
		8.交待用氧注意事项	4		
		9.观察及评估患儿缺氧改善情况	3		
	停氧 <18分>	1.遵医嘱停氧, 带用物至床旁, 核对床号、姓名, 与患儿沟通。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	4		
		3.消毒双手, 取下口罩, 记录停氧时间	3		
		4.协助患儿取舒适卧位, 整理床单位, 健康指导(安全用氧知识)	3		
		5.分离鼻导管、通气管、湿化瓶, 卸表	4		
处理 <2分>	按规定分类处理用物	2			
评价<20分>	技能 <10分>	1.操作规范, 流程熟练, 氧疗装置无漏气	2		
		2.患儿缺氧症状改善, 感觉舒适、安全	3		
		3.在规定的时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.仪表举止大方得体, 关爱患儿, 体现整体护理理念	5		
		2.护患沟通有效, 患儿合作, 家属知道安全用氧的知识	5		
总分			100		

### 3.试题编号: 2-6-3 气管异物患儿的护理

#### (1) 任务描述

患儿，男，11个月，其4岁的姐姐为其喂食时出现呛咳，之后剧烈咳嗽且哭声断续，小脸胀得通红，家属立即抱送医院。急诊接诊时患儿呼吸微弱，面色青紫，意识模糊。

任务1：请对接诊时患儿及家属状况进行全面评估，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：若事发时你刚好在现场，请你对患儿进行气管异物的急救。

任务3：纤维支气管镜下取出异物后，医嘱予吸氧，请为患儿进行氧气吸入。

## (2) 实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟急诊病房；(2) 模拟处置室	
资源	(1) 病床；(2) 婴儿模型；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 标准化患儿家属	
用物	气管异物的现场急救：(1)弯盘；(2)无菌纱布；(3)手消毒剂； 氧气吸入：(1)听诊器；(2)氧气筒；(3)氧气表；(4)湿化瓶（内盛蒸馏水 1/3~1/2 满）；(5)通气管；(6)一次性双腔鼻导管；(7)无菌纱布 2 块；(8)小药杯盛冷开水；(9)棉签；(10)笔；(11)弯盘；(12)剪刀；(13)扳手；(14)输氧卡；(15)手消毒剂；(16)手电筒	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

## (3) 考核时量

任务1：案例分析：30分钟。

任务2：气管异物的现场急救：25分钟（其中用物准备10分钟，操作15分钟）。

任务3：氧气吸入：35分钟（其中用物准备15分钟，操作20分钟）。

## (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	气管异物的现场急救	100	30%
3	氧气吸入	100	30%

## (5) 评分细则

### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

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

## 任务2：气管异物的现场急救评分细则

表2 气管异物的现场急救考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿 <9分>	1.评估患儿年龄、运动功能发育情况	3		
		2.评估患儿进食情况、家长的照护习惯	3		
		3.解释操作目的，并取得合作	3		
	环境 <2分>	安全、宽敞，适宜进行抢救	2		
	操作者 <4分>	1.着装整齐，头发处理到位，挂表	2		
2.指甲符合要求，手上无饰物，正确洗手		2			
用物 <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	5			
实施 <60分>	判断与呼救 <10分>	1.患儿有呛咳，呼吸异常、口唇青紫	4		
		2.口述患儿意识情况	3		
		3.确认出现气道阻塞，立即呼救，启动应急救护系统	3		
	急救过程 <33分>	1.患儿俯卧脸朝下，骑跨于操作者一侧手臂上，操作者一手托住其下巴，同侧前臂托住患儿胸部和腹部（较重的婴儿可趴在操作者腿上，头朝下、面部稍抬起）。另一手向前向下连续拍击肩胛骨连线中点5次，频率约每秒一次	15		
		2.若未成功排出异物，则将患儿翻转身，操作者用手托住后枕部、前臂托住后背，食指和中指并拢快速按压两乳头连线中点处5次，频率约每秒一次	15		
		3.重复上述拍击和按压，直至异物排出或患儿失去反应	3		
	判断处理效果 <8分>	1.清除口腔残留物，检查异物是否完全排出，将气道排出物并留作标本	4		
		2.呼吸反应恢复情况	2		
		3.面色、口唇、皮肤色泽恢复情况	2		
	整理记录与指导 <9分>	1.整理用物，清洁双手	2		
2.记录急救时间及过程		2			
3.告知家长后续处理，指导气道异物的预防与急救方法		5			
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范，动作熟练。能正确指导气管异物的预防和急救	5		
		2.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1.沉着冷静，态度和蔼，急救意识强	5		
		2.关爱患儿，操作中注意安抚患儿，家长协作良好	5		
总分			100		

## 任务3：氧气吸入考核评分细则

表3 氧气吸入（氧气筒）考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	患儿 <9分>	1.核对医嘱、输氧卡	2		
		2.评估患儿全身情况：年龄、病情、意识、生命体征、缺氧的原因、表现和程度	2		
		3.评估患儿局部情况：鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿，鼻中隔是否偏曲，鼻腔是否通畅等	3		
		4.评估患儿心理状况，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；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			
操作过程 <60分>	装表 <8分>	(1)冲尘(2)上氧气表(3)连接通气管、湿化瓶(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	8		
	给氧 <32分>	1.带用物至床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释	4		
		2.协助患儿取舒适体位	2		
		3.检查、清洁双侧鼻腔	2		
		4.连接鼻导管，调节流量	5		
		5.湿化并检查鼻导管是否通畅	4		
		6.插管、固定(将导管环绕患儿耳部向下放置，长期输氧者将导管绕至枕后固定，调整松紧度)	4		
		7.消毒双手、取下口罩，记录给氧时间及流量，挂输氧卡	4		
		8.交待用氧注意事项	4		
		9.观察及评估患儿缺氧改善情况	3		
	停氧 <18分>	1.遵医嘱停氧，带用物至床旁，核对床号、姓名，与患儿沟通。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	4		
		3.消毒双手，取下口罩，记录停氧时间	3		
		4.协助患儿取舒适卧位，整理床单位，健康指导(安全用氧知识)	3		
		5.分离鼻导管、通气管、湿化瓶，卸表	4		
	处理 <2分>	按规定分类处理用物	2		
	评价<20分>	技能 <10分>	1.操作规范，流程熟练，氧疗装置无漏气	2	
2.患儿缺氧症状改善，感觉舒适、安全			3		
3.在规定的时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止			5		
素养 <10分>		1.仪表举止大方得体，关爱患儿，体现整体护理理念	5		
		2.护患沟通有效，患儿合作，家属知道安全用氧的知识	5		

总分		100		
----	--	-----	--	--

#### 4.试题编号：2-6-4 佝偻病患儿的护理

##### (1) 任务描述

患儿，男，11个月，因“哭闹、多汗2个月，至今不能扶站”入院。2个月前家长发现患儿经常无诱因哭闹，尤其夜间，难于安抚。至今不能扶站。体查：T36.3℃，W8.3Kg，H72cm，发育营养稍差，前囟2cm×1.5cm，枕秃，未出牙，肋缘外翻，肝右肋下1cm，轻度“X”型腿，肌张力正常。神经系统未见异常。辅助检查：腕部正位片示骨骺端钙化带模糊不清，呈杯口状改变；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。

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：遵医嘱为患儿进行抚触。

任务3：遵医嘱给患儿口服维生素D。

##### (2) 实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟儿童护理室；(2) 处置室	
资源	(1) 抚触台；(2) 新生儿抚触模型；(3) 儿童床单位；(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	婴儿抚触用物：(1) 抚触台；(2) 新生儿抚触模型；(3) 新生儿床单位；(4) 背景音乐；(5) 新生儿家长（主考学校准备）；(6) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 室温计；(8) 尿片；(9) 新生儿衣裤；(10) 浴巾；(11) 婴儿润肤油；(12) 手消毒剂；(13) 病历本；(14) 笔 口服给药用物：(1) 服药本；(2) 药车或药盘；(3) 小药卡或标签；(4) 药杯；(5) 药匙（按需准备）；(6) 量杯（按需准备）；(7) 滴管（按需准备）；(8) 研钵（按需准备）；(9) 湿纱布（按需准备）；(10) 治疗巾；(11) 水壶内备温开水；(12) 盛小药杯的小桶；(13) 一次性水杯（按需准备）；(14) 吸管（按需准备）；(15) 笔；(16) 纱布（鼻饲患儿准备）；(17) 橡胶圈（鼻饲患儿准备）；(18) 别针（鼻饲患儿准备）；(19) 注射器（鼻饲患儿准备）；(20) 手消毒剂	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	



### (3) 考核时量

任务 1: 案例分析: 30 分钟。

任务 2: 婴儿抚触: 35 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 25 分钟)。

任务 3: 口服给药: 25 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 15 分钟)。

### (4) 评分权重分配 (见下表)

评分权重分配表			
序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	婴儿抚触	100	30%
3	口服给药	100	30%

### (5) 评分细则

#### 任务 1: 案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 评估患儿是否为早产、多胎? 患儿母亲在妊娠期间是否补充维生素 D 和钙剂	3		
	2. 评估患儿是否按要求补充维生素 D 预防佝偻病? 评估患儿生活环境及户外活动情况, 询问患儿是否有肝肾疾病史	3		
	3. 评估患儿是否有颅骨软化、方颅等骨骼畸形? 是否有运动发育、语言发育落后	3		
	4. 评估家长的心理状态及对佝偻病知识的了解情况	1		
护理问题 <10 分>	1. 营养失调: 低于机体需要量 与户外活动过少有关	2		
	2. 生长发育迟缓: 与钙磷代谢异常对骨骼、神经发育迟缓有关	2		
	3. 有感染的危险: 与免疫功能低下有关	2		
	4. 知识缺乏: 患儿家长缺乏佝偻病的预防和护理知识	2		
	5. 潜在并发症: 骨骼畸形、维生素 D 中毒	2		
护理目标 <10 分>	1. 维生素 D 治疗有效, 患儿的出汗、夜间哭闹、烦躁不安、枕秃、肋缘外翻等减轻或消失	2		
	2. 患儿生长发育达正常标准	2		
	3. 患儿未发生感染, 或发生感染后得到及时处理	2		
	4. 患儿家长知晓佝偻病的预防和护理要点并正确运用	2		
	5. 患儿未发生维生素 D 中毒, 骨骼畸形得到及时发现和处理	2		
护理措施 <40 分>	1. 户外活动: 指导家长每日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	8		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		至每日进行1~2小时的户外活动			
		2.补充维生素 D: 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; 遵医嘱供给维生素 D 制剂, 并注意观察有无维生素 D 过量的中毒表现, 如果发生中毒则应立即停用维生素 D, 并立即通知医生	10		
		3.加强生活护理, 预防感染: 保持室内空气清新, 温湿度适宜	6		
		4.预防骨骼畸形和骨折: 衣着柔软、宽松, 床铺松软, 避免久坐、久站和早行走; 护理操作时应避免重压和强力牵拉	6		
		5.健康教育: 给患儿家长讲述有关疾病的预防、护理知识	10		
护理效果评价 <10分>		1.经过治疗和护理, 患儿汗多、夜间哭闹、肋缘外翻等表现是否减轻或消失。	3		
		2.患儿生长发育是否接近或达到正常标准。	3		
		3.患儿是否发生感染、维生素D中毒、骨骼畸形骨折等并发症和发生后是否得到及时救治。	3		
		4.患儿家长是否知晓佝偻病的预防和护理要点并正确运用。	1		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.案例内容要素完整。	5		
		2.评估程序规范, 熟练。	5		
	素养 <10分>	1.有严谨的工作态度和细致的观察力。	5		
		2.对患儿有爱, 能对患儿及家属进行有效的沟通和健康教育。	5		
总分			100		

## 任务2: 婴儿抚触评分细则

表 2 婴儿抚触评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	新生儿 <5分>	1.核对婴儿基本信息	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; 逐一对用物进行检查, 质量符合要求; 按操作先后顺序放置	5			
实施 <60分>	抚触前准备 <7分>	1.解开婴儿包被, 再次核对信息	2		
		2.检查婴儿全身情况	2		
		3.口述沐浴情况	1		
		4.将婴儿仰卧位放浴巾上, 注意保暖	2		
	头面部	1.倒适量润肤油于掌心, 摩擦均匀, 搓暖双手	1		

	抚触 <7分>	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、手指、掌心、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、脚趾、脚掌心、足背抚触方法正确，情感交流自然	8		
	背部抚触 <7分>	调整婴儿体位为俯卧位	2		
		背部和脊柱抚触方法正确，婴儿舒适	5		
	臀部抚触 <3分>	臀部抚触方法正确	3		
	抚触后 处理 <7分>	1.检查婴儿皮肤情况（口述：兜好尿布，注意保暖）	2		
		2.婴儿安置妥当，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>	技能 <10分>	1.婴儿的评估及环境、自身、用物准备工作到位	2		
		2.操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中注意婴儿安全	3		
		3.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5		
	素养 <10分>	1.态度和蔼，和婴儿及家属沟通有效	5		
		2.关爱婴儿，操作过程中与婴儿有目光、语言上的交流	5		
总分			100		

### 任务3：口服给药评分细则

表3 口服给药考核评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20分>	患儿 <10分>	1.核对医嘱、服药本	2		
		2.评估患儿全身情况：年龄、体重、病情、意识状态、用药史、过敏史等	3		
		3.评估患儿局部情况：是否留置鼻饲管、有无口腔、食道疾患，有无吞咽困难、呕吐及禁食等	3		
		4.评估患儿心理状况，解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	病室环境清洁、光线适宜、用物放置整齐，符合操作要求	2		
	操作者 <3分>	1.衣帽整洁，消毒双手/洗手方法正确，佩戴口罩 2.了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物的副作用	2 1		
	用物 <5分>	用物准备齐全；逐一用物进行检查，质量符合要求；摆放有序，符合操作原则	5		
实施 <60分>	取药与配 药	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		

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注		
考核内容	<18分>	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,同一患儿的药一次取离药盘,发给患儿	6			
		3.向患儿交代服药注意事项,看服到口	8			
		4.耐心听取患儿的疑问,再次核对无误后解释清楚	6			
		5.患儿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.观察患儿服药效果,听取患儿主诉,及时发现并处理用药后反应	2			
	评价<20分>	技能<10分>	1.患儿安全,能准时、按剂量口服药物	2		
			2.操作规范,坚持三查八对	3		
3.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满5分为止			5			
素养<10分>		1.仪表举止大方得体,关爱患儿,用药指导有效	5			
		2.护患沟通有效,患儿合作	5			
总分		100				

## 模块三：专业拓展模块

### 项目 1：分娩期产妇护理

#### 1.试题编号：3-1-1 第三产程产妇的护理

##### (1) 任务描述

陈女士，27岁，宫内妊娠39周，孕1产0，顺产分娩一男婴后宫缩暂停，产妇感到轻松，心情平静而喜悦，但8分钟后又出现腹痛，她向助产士询问是怎么回事。助产士在完成系列操作后，嘱产妇要继续留在产房观察2小时。

任务1：请对陈女士行护理评估，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：请对男婴进行产时新生儿护理。

##### (2) 实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟产房；(2) 处置室	
资源	(1) 新生儿辐射台；(2) 新生儿模型；(3) 处置室设有医疗垃圾桶、生活垃圾桶 (2) 志愿者 (主考学校随机指定)；(4) 屏风	
用物	产时新生儿护理用物：预热毛巾、气门芯、血管钳、组织剪、0.5%碘伏、75%酒精、新生儿护脐、婴儿秤、软尺、新生儿腕带、新生儿内衣 1 套、尿不湿 1 张、包被 1 件、新生儿出生记录单	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：产时新生儿护理：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

### (4) 评分权重分配（见下表）

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	产时新生儿护理	100	60%

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 评估产妇生命体征、胎儿娩出方式及速度	2		
	2. 评估胎盘是否剥离、胎盘胎膜娩出是否完整	4		
	3. 评估软产道有无撕裂及损伤程度	2		
	4. 评估产妇情绪状态、家属对产妇及新生儿的关怀程度	2		
护理问题 <10 分>	1. 潜在并发症 新生儿窒息、产后出血	4		
	2. 有感染的危险 与产道撕裂或会阴切开有关	3		
	3. 知识缺乏 与产妇缺乏分娩相关知识有关	3		
护理目标 <10 分>	1. 新生儿未发生窒息或窒息得到及时抢救；产妇不发生产后出血，产妇血压、脉搏正常	4		
	2. 产后无感染发生	3		
	3. 产妇能了解相关分娩知识并主动配合	3		
护理措施 <40 分>	1. 正确助娩胎盘：助产士应熟练掌握胎盘剥离征象，当确认胎盘已经完全剥离时，立即协助胎盘胎膜完整剥离排出	10		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		2. 检查胎盘胎膜是否完整：将胎盘平铺，先检查胎盘母体面有无缺损，然后提起胎盘检查胎膜是否完整，同时注意胎盘胎儿面边缘有无断裂的血管	8		
		3. 检查软产道是否完整，如有裂伤，应及时缝合修复	6		
		4. 预防产后出血：常规在胎儿前肩娩出后肌内注射或静脉注射缩宫素 10~20U	6		
		5. 产后 2h 护理：产后产妇应常规在产房留观 2h，特别注意观察产妇精神状态、阴道出血量、子宫收缩等情况；关注产妇情绪，帮助产妇接受新生儿，协助完成第一次母乳喂养，进入母亲角色	8		
护理效果评价 <10 分>		1. 新生儿未发生窒息；产后出血量约 200ml，血压、脉搏正常	4		
		2. 产妇产后未发生感染	3		
		3. 产妇能说出第三产程过程并主动配合护理	3		
评价 <20 分>	技能 <10 分>	1. 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范，熟练	5		
	素养 <10 分>	1. 对产妇态度和蔼，语言亲切，能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据产妇情况采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务 2：产时新生儿护理评分细则

表 2 产时新生儿护理评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及 准备 <20 分>	环境 <4 分>	安静、明亮、清洁，温度 26-28℃、湿度 50%-60%	4		
	助产士 <8 分>	1. 衣帽整洁、仪表端庄、剪指甲、洗手、戴无菌手套	1		
		2. 新生儿辐射台准备：铺专用无菌巾、大纱布巾及肩垫。辐射台预热温度 32-34℃	3		
		3. 断脐物品置于辐射台右上角，按顺序摆好用物	2		
		4. 与接生者交接新生儿，注意安全	2		
用物 <8 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用物，核查已处于功能状态	8			
操作 过程 <60 分>	新生儿 初步处理 <10 分>	1. 将新生儿置于辐射台上，放置肩垫	2		
		2. 用大纱布巾擦干新生儿，移走湿巾	2		
		3. 重新摆正新生儿体位；进行 Apgar 评分	6		
	脐部 处理 <25 分>	1. 碘伏消毒脐部；以脐根为中心，沿脐带向上 5cm；脐根周围（半径 5cm 的范围）	5		
		2. 将套好气门芯的血管钳夹脐根部（上 0.5cm 处），剪断脐带；部位：血管钳上 0.5cm 处，套好气门芯	10		
		3. 取无菌纱布挤出脐断面残余血，取无菌纱布包裹脐根部；碘酊烧灼脐带断面；脐带断面用无菌纱布	10		

		包盖后,用脐带卷包扎			
	常规处理 <25分>	1.实施“早接触、早吸吮”;将新生儿置于产妇前胸	4		
		2.新生儿全身体格检查,打开口腔看有无腭裂,轻掰肛门看有无闭锁,测身长、体重,穿衣、包被,注意保温	6		
		3.填写手腕带信息,再次核对新生儿信息后,系手腕带和脚腕带	4		
		4.遵医嘱肌内注射 VitK <sub>1</sub> 1mg	3		
		5.在母亲面前印新生儿足印及产妇手指印	2		
		6.脱去手套,快速手消,记录新生儿出生记录单	3		
		7.置新生儿于婴儿床,推置于母亲床边;开展宣传指导	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1.操作规范,动作熟练、轻柔,测量结果准确	5		
		2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1.新生儿安全、产妇满意	4		
		2.语言亲切,态度和蔼,关爱新生儿	3		
		3.沟通有效,配合良好,健康指导内容和方式合适	3		
总分			100		

## 项目 2: 产褥期护理

### 1. 试题编号: 3-2-1 产后出血产妇的护理

#### (1) 任务描述

李女士,25岁,G<sub>1</sub>P<sub>1</sub>,胎儿娩出后6小时发现产妇阴道大量流血,估计出血量大约600ml,色暗,伴血块,查子宫体柔软,宫底脐上两横指。

任务1:请对产妇行护理评估,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:请为该产妇按摩子宫。

#### (2) 实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1)模拟病房;(2)模拟手术室;(3)处置室	
资源	(1)病床;(2)模拟人;(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	按摩子宫:(1)免洗手消毒剂;(2)一次性手套(3)导尿管1根	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员,考评员要求具备中级以上职称	

#### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

任务 2：按摩子宫：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

#### （4）评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

序号	考核点及评分要求	分值	权重
1	案例评估与分析	100	40%
2	按摩子宫	100	60%

#### （5）评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 了解产妇孕产史、既往史及本次妊娠分娩过程	4		
	2. 评估有无产后出血的诱因、产妇的心理变化	6		
护理问题 <10 分>	1. 潜在并发症 出血性休克	4		
	2. 有感染的危险 与失血后抵抗力降低及手术操作有关	3		
	3. 恐惧 与大量失血担心自身安危有关	3		
护理目标 <10 分>	1. 产妇出血得到有效防治，生命体征正常	4		
	2. 产妇体温正常，恶露、伤口无异常，白细胞总数和中性粒细胞分类正常，无感染症状	3		
	3. 产妇情绪稳定，积极配合治疗和护理	3		
护理措施 <40 分>	1. 配合治疗：①按摩子宫为简单有效的止血方法：腹部按摩子宫、腹部-阴道双手按摩子宫；②应用缩宫素：遵医嘱肌内注射、静脉滴注或宫体直接注射宫缩剂；③配合医生宫腔填塞纱条压迫止血，24h 后取出纱条，取出前先使用宫缩剂，并应用抗生素预防感染；④手术止血：结扎子宫动脉或髂内动脉，必要时行子宫次全切除术，做好术前准备及术后护理	15		
	2. 失血性休克的护理：迅速建立静脉通道，协助完善血型、血常规及凝血功能检查并备血；遵医嘱输液、输血，补充血容量	10		
	3. 预防感染：保持会阴清洁，每日擦洗会阴 2 次；监测产妇体温、恶露、会阴伤口及子宫复旧情况发现异常报告医生及时处理，遵医嘱用抗生素	8		
	4. 心理护理：助产士应保持镇静，耐心听取产妇及家属的心理感受，给予安慰和心理支持，增强产妇的安全感，缓解其恐惧心理	7		
护理效果评价 <10 分>	1. 产妇产后子宫轮廓清楚、质硬，阴道流血减少，生命体征平稳	4		
	2. 产妇产后未发生感染	3		



考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		3. 产妇积极配合治疗, 心情平稳	3		
评价 <20分>	技能 <10分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对产妇态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据产妇采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务 2: 按摩子宫评分细则

表 2 按摩子宫评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估 及准 备 <20分>	产妇 <9分>	1. 核对产妇个人信息	2		
		2. 评估产妇产宫收缩情况、阴道出血量、意识状态等	3		
		3. 评估产妇有无失血性休克	2		
		4. 评估产妇心理状况, 解释并取得合作	2		
	环境 <2分>	室温 24-26℃, 湿度 50%-60%, 必要时放置屏风	2		
	操作者 <4分>	1. 着装整齐, 举止端庄	2		
		2. 洗手, 戴口罩	2		
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	5			
实施 <60分>	操作前的 准备 <15分>	1. 核对产妇床号、姓名	2		
		2. 向产妇和家属解释按摩子宫的目的、配合方法及注意事项	3		
		3. 协助产妇取合适体位, 屈膝仰卧位	4		
		4. 正确交待产妇者的病情, 稳定产妇的情绪, 防止过度焦虑, 交待下一步操作流程(口述)	4		
		5. 双手消毒, 打开一次性手套, 取出, 带好手套	2		
	按摩 子宫 <30分>	1. 腹壁单手按摩子宫: 术者一手置于子宫底部, 拇指在子宫前壁, 其余四指在子宫后壁, 均匀而有节律地按摩子宫	10		
		2. 腹壁双手按摩子宫法: 一手在产妇耻骨联合上缘按压下腹中部, 将子宫向上托起, 另一手握住宫体, 使其高出盆腔, 在子宫底部进行有节律的按摩子宫, 同时压迫宫底, 排出宫腔积血	12		
		3. 腹部-阴道双手按摩子宫法: 一手在腹部按摩子宫体后壁, 另一手握拳置于阴道前穹隆顶压子宫前壁, 双手相对挤压按摩子宫, 压迫子宫血窦, 刺激宫缩, 减少出血	8		
	操作后 的处理 <15分>	1. 若出血停止后, 进行交待注意事项(口述)	5		
		2. 协助产妇取舒适卧位, 整理床单位	4		
3. 洗手, 取下口罩, 记录		3			

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

### 项目 3: 母婴护理

#### 1. 试题编号: 3-3-1 产褥期产妇的护理

##### (1) 任务描述

何女士, 31岁, 孕1产1。因停经 $39^{+5}$ 周, 阵发性下腹痛3小时入院。入院10小时后宫口开全, 因“会阴水肿、第二产程延长”行会阴侧切术, 产钳助产娩出一男婴, 体重4150g, 新生儿出生后情况良好。产后第1天, 产妇自诉下腹部阵发性胀痛, 哺乳时加剧, 阴道流血略多于月经量。查:  $T37.2^{\circ}\text{C}$ ,  $P84$ 次/分,  $BP115/80\text{mmHg}$ ,  $R18$ 次/分, 子宫收缩良好, 宫底平脐, 阴道流血同经量, 暗红色, 无臭味。会阴切口处微红, 明显水肿, 无脓性分泌物, 无压痛。产妇、新生儿无母乳喂养禁忌症。双侧乳房充盈, 乳房胀痛, 乳汁分泌极少, 新生儿哭闹不安, 产妇及家属为此非常着急。

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

任务2: 请指导何女士进行母乳喂养指导。

##### (2) 实施条件

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

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 床单位；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 治疗车、治疗盘；(4) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(5) 屏风	设备完好、准备齐全
用物	母乳喂养指导用物：(1) 靠背椅；(2) 脚踏板；(3) 小脸盆；(4) 温开水壶（内装 39~41℃温开水）；(5) 棉质小毛巾；(6) 手消毒剂；(7) 病历本；(8) 笔	操作者工作服、帽子、口罩等由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

### (3) 考核时量

任务 1：案例分析：30 分钟。

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

### (4) 评分权重分配（见下表）

评分权重分配表

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

### (5) 评分细则

任务 1：案例评估与分析评分细则

表 1 案例评估与分析评分细则

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
护理评估 <10 分>	1. 评估产妇孕前健康状况、妊娠经过、分娩过程是否顺利、产后出血量及会阴撕裂程度等	2		
	2. 评估新生儿出生时 Apgar 评分，是否有窒息及抢救的经过等	2		
	3. 评估产妇生命体征情况、对宫缩痛的反应程度、子宫收缩情况、恶露情况、会阴伤口情况、会阴水肿的严重程度等	2		
	4. 评估乳头有无平坦或凹陷、乳房胀痛或乳汁淤积的程度、产妇对母乳喂养技能的掌握程度	2		
	5. 评估产妇的心理-社会支持状况：对分娩经历的感受、自我形象、母亲的行为、对孩子的看法等心理状态；家庭氛围、同事关系等社会支持	2		
护理问题 <10 分>	1. 焦虑 与担心新生儿进食、产褥期恢复预后有关	2		
	2. 疼痛 与产后宫缩痛有关	1		
	3. 舒适的改变 与产后宫缩痛、会阴切开及恶露有关	2		
	4. 母乳喂养无效 与会阴伤口疼痛、母乳喂养技能不熟练及母乳供给不足有关	2		

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
		5. 知识缺乏 缺乏产褥期保健知识	2		
		6. 有感染的危险 与会阴切开、红肿有关	1		
护理目标 <10分>		1. 产妇住院期间情绪逐渐稳定, 能够配合治疗护理	2		
		2. 产妇产后 2~3 天宫缩痛逐渐减轻消失	1		
		3. 产妇产后 2~3 天表示不适程度明显减轻	2		
		4. 产妇住院期间能成功进行母乳喂养	2		
		5. 产妇住院期间获得产褥期保健相关知识	2		
		6. 产妇住院期间会阴水肿消失, 生命体征稳定且正常	1		
护理措施 <40分>		1. 心理护理: 与产妇建立良好的关系, 尊重产妇; 讲解产妇自我护理及新生儿护理的相关知识, 减轻其心理负担, 缓解焦虑情绪	5		
		2. 一般护理: ①提供良好的修养环境, 温湿度适宜, 定时通风换气; ②保持床单位的整洁、干燥, 及时更换会阴垫; ③指导产妇有足够的营养和充足的睡眠; ④鼓励产妇产后 4 小时内排尿以免尿潴留, 适当活动促进大便通畅; ⑤产后尽早下床活动或床上翻身	8		
		3. 加强监护, 预防并发症: ①预防产后出血: 产后 2 小时内严密观察产妇生命体征、子宫收缩情况及阴道出血情况; ②预防感染: 观察生命体征, 观察子宫复旧及恶露情况等	7		
		4. 宫缩痛护理: 告知产妇及其家属宫缩痛的原因、出现时间及处理, 提高产妇应对宫缩痛的勇气	4		
		5. 会阴护理: ①遵医嘱每天会阴擦洗 2 次; ②会阴水肿明显的产妇, 遵医嘱会阴湿热敷, 产后 24 小时后用远红外线灯照射, 每日 2 次; ③嘱产妇取会阴伤口对侧卧位, 观察切口有无红肿、硬结及分泌物	8		
		6. 母乳喂养指导: ①哺乳前用温水清洁乳头和乳晕, 清洗双手; ②指导产妇正确的母乳喂养方法; ③指导产妇及其家属合理饮食, 按需哺乳, 树立母乳喂养的信心	8		
护理效果评价 <10分>		1. 产妇情绪是否稳定, 是否主动参与新生儿及自我护理	2		
		2. 产后宫缩痛是否 2 天后自然消失	1		
		3. 产妇会阴水肿是否消退, 舒适度是否增加	1		
		4. 产妇哺乳时身体是否舒适, 新生儿体重增长是否正常	2		
		5. 产妇是否了解产褥期自我护理及新生儿护理要点	2		
		6. 产妇体温是否正常, 是否发生感染	2		
评价 <20分>	技能 <10分>	1 案例内容要素完整	5		
		2. 评估程序规范, 熟练	5		
	素养 <10分>	1. 对产妇态度和蔼, 语言亲切, 能进行有效的沟通	5		
		2. 能根据产妇情况采用个性化的方式进行健康教育	5		
总分			100		

## 任务 2: 母乳喂养指导评分细则

表 2 母乳喂养指导评分细则

考核内容		考核点及评分要求	分值	得分	备注
评估及准备 <20分>	产妇 <6分>	1. 评估产妇对母乳喂养的认识与配合程度	3		
		2. 评估产妇有无母乳喂养禁忌症	3		
	新生儿 <3分>	3. 评估新生儿情况，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；逐一对用物进行评估，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
实施 <60分>	产妇洗手 <4分>	1. 指导产妇洗手	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		
	指导帮助新生儿含接 <10分>	指导产妇帮助新生儿含接乳头方法正确，乳房没有堵住新生儿鼻孔	10		
	判断新生儿是否正确含接 <10分>	能口述判断新生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. 指导排出新生儿胃内空气方法正确	2		
操作后处理 <8分>	1. 指导产妇哺乳后抱新生儿体位正确，产妇能正确完成	2			
	2. 整理床单位，协助产妇取舒适卧位	2			
	3. 整理用物，垃圾初步处理正确	2			
	4. 及时消毒双手，方法正确，记录	2			
评价 <20分>	技能 <10分>	1. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	5		
		2. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完5分为止	5		
	素养 <10分>	1. 产妇安全、满意	4		
		2. 语言亲切，态度和蔼，关爱产妇	3		

考核内容	考核点及评分要求	分值	得分	备注
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	3		
总分		100		