

2022年全省职业院校技能大赛

护理技能赛项竞赛规程

一、赛项名称

赛项名称：护理技能（Nursing Skills）

赛项组别：高职教师组

赛项归属产业：医疗服务业

二、赛项目的

贯彻落实《甘肃省教育厅关于 2022 年全省职业院校技能大赛工作安排的通知》，以技能大赛为抓手，深化职业教育教学改革，着力弘扬工匠精神，检验护理专业教师技能训练水平。通过竞赛，考核参赛教师的职业素养、评判性思维能力及临床护理基本技能与操作水平；引领职业院校适应行业现状及技术发展趋势，推进护理专业的教育教学改革；培养优秀的技能型高素质护理教育教学人才。

三、竞赛时间、地点

时间：2022 年 4 月 1 日---4 月 2 日

地点：甘肃卫生职业学院（兰州新区职教园区九龙江街 1666 号）

四、竞赛内容

以临床工作任务为导向，按照护理岗位工作要求，对患者实施连续的、科学的护理，培养教师及学生的创新、创业意识和独立工作能力。竞赛分别设置理论笔答和技能操作 2 个考评站点。

理论考试站，占总成绩的 10%，竞赛时长为 40 分钟，选手根据赛项提供的理论考卷（选择题）进行作答，主要考核参赛选手的知识应用能力、临床思维能力、分析问题和解决问题的能力。考核试题涉及范围与护士执业资格考试一致，（同国赛网络信息平台上公布的题库），

考试题型为 40 道单项选择题、10 道多项选择题，共 50 题。

技能考试站，占总成绩的 90%，分为 2 个技能操作赛道。重点考查参赛选手技能操作执行能力、沟通交流能力、分析问题和解决问题能力以及团队协作精神和人文素养。

第一赛道，呼吸心跳骤停患者救护（操作项目：心肺复苏、心电监测、静脉输液），主要考核选手临床思维和决策能力、紧急救护能力、判断能力及临床常用护理操作执行能力，竞赛时长为 20 分钟；第二赛道，脑卒中气管切开患者气道护理（操作项目：评估、气道湿化、翻身叩背、吸痰），重点考核选手对脑卒中患者的呼吸道管理能力、评判性思维能力、职业防护意识、注重患者安全意识、护患沟通及人文关怀能力，竞赛时长为 15 分钟。

五、竞赛方式

（一）参赛对象

须为高等职业院校护理专业在职教师。

凡在往届全省职业院校护理技能大赛中获一等奖的选手，不再参加本赛项。

（二）组队要求

1. 本赛项为个人赛，以院校为单位分配个人名额，并由省教育部门或者指定机构确认的方式报名参赛，同一院校参赛选手不超过 3 名，设领队 1 名。

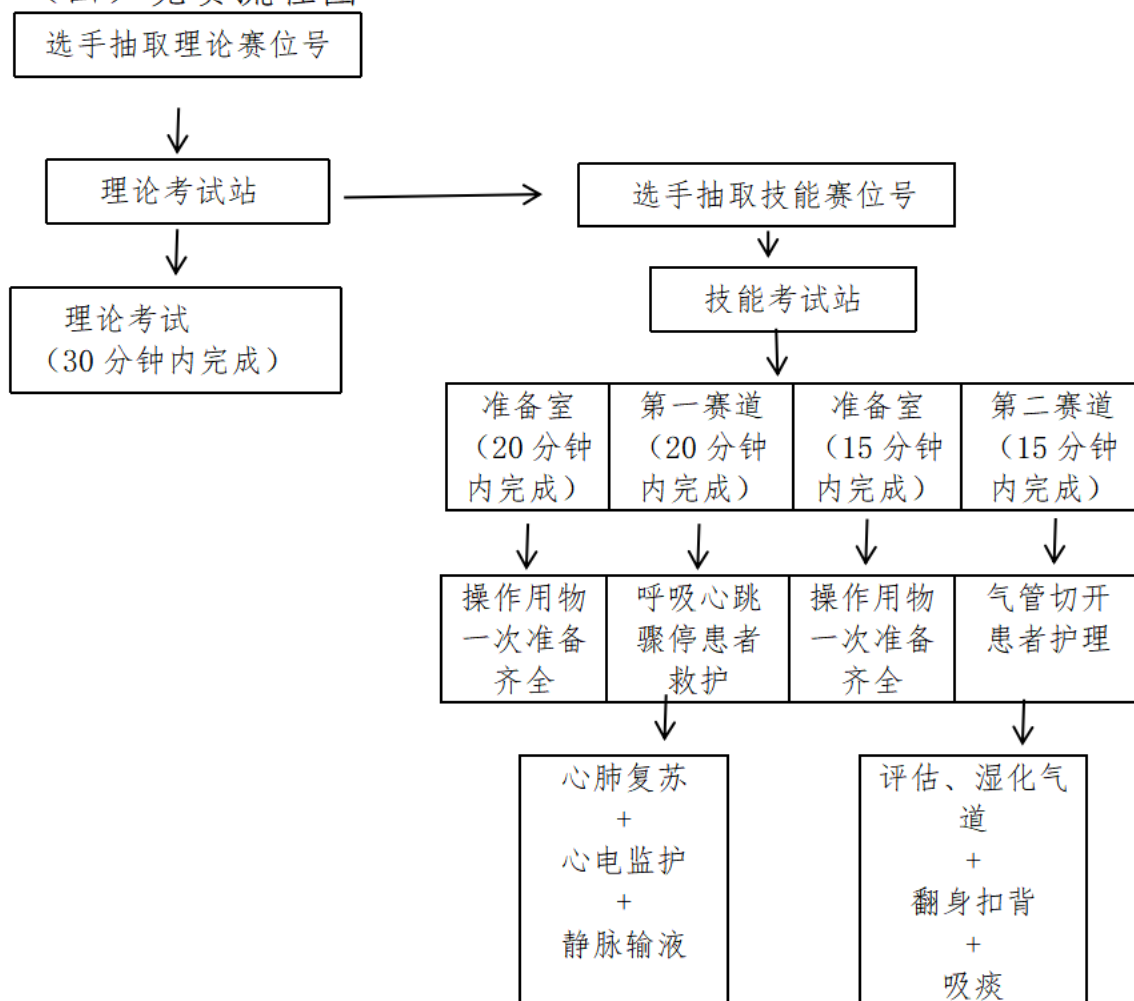
2. 参赛选手报名获得确认后不得随意更换。如备赛过程中参赛选手因故无法参赛，须由院校行政部门于相应赛项开赛 10 个工作日之前出具书面说明，经大赛组委会办公室核实后予以更换。

（三）抽签方法

1. 由赛项组委会按照竞赛流程召开领队会议，组织各领队参加公开抽签并进行分组，确定各队参赛时段。参赛队按照抽签确定的参赛时段分批次进入比赛场地参赛。

2. 赛场的赛位统一编制赛室号，各时段参赛队比赛前 30 分钟到赛项指定地点接受检录。进场前 20 分钟，由本参赛队的参赛选手抽签决定进入赛室的参赛号。各参赛选手在工作人员的带领下进入侯赛室，接到比赛的通知后，到相应的赛室完成竞赛规定的赛项任务。

(四) 竞赛流程图



六、竞赛规则

1. 参赛选手须按比赛安排时间及时到比赛场地熟悉场地及有关比赛事项。

2. 参赛选手必须携带比赛规定的有效证件（参赛证、有效身份证及学生证）参加比赛。

3. 参赛选手统一着装进入赛场，选手必须着大赛统一提供的护士服（赛后须交回），自备白色软底鞋、肤色袜。选手不得在参赛服饰上作任何标识，不得携带任何通讯工具进入赛场，违规者取消本次比赛成绩。

4. 每个时段参赛队提前 30 分钟进入侯赛区，由赛场工作人员负责检录，选手凭参赛号由现场工作人员组织引导选手到指定的侯赛室侯赛，技能比赛需提前 15 分钟至物品准备室进行准备。选手在开赛前对比赛相关的物品进行清点检查。如有问题应立即向评委老师报告进行更换。因个人原因造成的失误或损坏由选手自负责任。

5. 参赛选手不得向评委报告或者暗示自己的姓名、学校等相关信息，否则按违纪处理。

6. 竞赛过程中，选手须严格遵守操作流程和规则，并自觉接受裁判的监督和警示。若因突发故障原因导致竞赛中断，应提请裁判确认其原因，并视具体情况做出裁决。

7. 选手竞赛开始、终止时间由赛室裁判记录在案；比赛时间到，由裁判示意选手终止操作。选手提前结束竞赛后不得再进行任何操作。选手在竞赛过程中不得擅自离开赛场，如有特殊情况，需经裁判同意后作特殊处理。

8. 各参赛队凭证件进入赛场进行现场观摩，不得携带任何通讯、摄录设备，并保持间距 1 米以上，戴好口罩。

七、竞赛环境

（一）理论考核区：设标准笔试考场。选手之间间距 1 米以上，

并戴口罩，做好疫情防护。

（二）技能操作考核区：

模拟医院工作情境设置：

1. 等候区：选手之间间距 1 米以上，并戴口罩。

2. 技能竞赛区

（1）准备室：配备技术操作相关用物。

（2）技能考试站：操作场地宽敞、明亮；配备病床、床旁桌椅、医学模型人、标准化患者（统一培训）等。

（3）考核后选手与未考核选手进出赛场的路径不相互交叉。

八、技术规范及技术平台

比赛软硬件设备对接《2021 年全国职业院校技能大赛护理技能比赛（高职组）》要求：本赛项所使用的器材，均为目前全国高等职业院校护理专业实训的通用器材。

1. 单人徒手心肺复苏术：在“心肺复苏训练及考核系统模型人”上进行操作。

2. 静脉输液技术（密闭式静脉输液技术）：与标准化患者沟通，在“静脉输液仿真手臂”上进行操作。

3. 气管切开护理技术：在全功能护理训练模型人上进行操作。

4. 心电监测技术：在模拟患者上进行心电监护操作。

5. 翻身叩背、气道湿化、吸痰技术：与标准化病人沟通，在“成人气管切开吸痰护理”模拟人上进行操作。

九、评分办法

（一）评分标准制定原则

评分标准由赛项专家组根据学生的职业操守（包括专业态度、仪

表、沟通能力等),操作前的准备,操作过程的规范性、准确性及熟练程度以及人文关怀情况进行评定,全面考量学生分析问题和解决问题的实际应用能力。

(二) 评分方法

每名参赛选手总分为 100 分,其中,理论笔答 10 分,技能操作 90 分,竞赛成绩采用百分制、分步计分。参赛选手的成绩排序,依据竞赛成绩由高到低排列名次。成绩相同参赛选手名次并列。若并列名次选手为三人及以上则进行理论加试,加试范围为《护士条例》、《护士守则》相关内容,依据加试成绩由高到低排列名次。

(三) 成绩审核及公布方法

记分员将各参赛选手成绩汇总成最终成绩单,经裁判长、监督组签字后进行公示。公示时间为 2 小时。成绩公示无异议后,由仲裁长和监督组长在成绩单上签字,并在闭赛式上公布竞赛成绩。

十、奖项设定

设个人一、二、三等奖。以实际参赛选手总数为基数,一、二、三等奖获奖比例分别为 10%、20%、30%(小数点后四舍五入)。其他情况按竞赛规程总则执行。

十一、申诉与仲裁

1. 各参赛队对不符合赛项规程规定的仪器、设备、工装、材料、物件、计算机软硬件、竞赛使用工具、用品,竞赛执裁、赛场管理、竞赛成绩,以及工作人员的不规范行为等,可向赛项仲裁组提出申诉,申诉主体为参赛队领队。

2. 申诉启动时,参赛队向赛项仲裁组递交领队亲笔签字同意的书面报告。书面报告应对申诉事件的现象、发生时间、涉及人员、申诉

依据等进行充分、实事求是的叙述。非书面申诉不予受理。

3. 提出申诉的时间应在比赛结束后(选手赛场比赛内容全部完成)2 小时内。超过时效不予受理。

4. 赛项仲裁组在接到申诉报告后的 2 小时内组织复议,并及时将复议结果以书面形式告知申诉方。申诉方对复议结果仍有异议,可由领队向比赛监督员提出申诉,由监督员传达最终仲裁结果。

5. 申诉方不得以任何理由拒绝接收仲裁结果,不得以任何理由采取过激行为扰乱赛场秩序。仲裁结果由申诉人签收,不能代收,如在约定时间和地点申诉人离开,视为自行放弃申诉。

6. 申诉方可随时提出放弃申诉。

十二、赛项安全

赛点成立疫情防控工作组,按照国家和地方政府对疫情防控的要求,制定赛点疫情防控工作预案,全面做好赛前准备、宣传与科普教育、疫情防控和突发情况(事件)处置等工作。

附件 1. 护理技能赛项理论竞赛样卷

2. 护理技能赛项技术规范

3. 护理技能赛项技术操作流程及评分标准

附件 1 :

护理技能赛项理论竞赛样卷

选手答题注意事项:

1. 本卷所有试题必须在答题卡上作答。答在试卷上无效, 试卷空白处和背面均可作草稿纸。

2. 使用 2B 铅笔在答题卡上将相应题号的相应字母所属的方框涂黑。

一、单项选择题。每题含 A、B、C、D、E 五个选项, 选项中有一个答案是正确的, 参

赛选手应将正确的选项选择出来并按要求在答题卡相应位置填涂，多选、少选或不选均不得分。

1. 病房内病床之间的距离不得少于（ ）

- A. 1.0m B. 1.5m C. 1.6m D. 1.8m E. 2.0m

答案：A

2. 治疗性环境要求的适宜相对湿度是（ ）

- A. 55%-65% B. 50%-60%
C. 45%-50% D. 40%-50%
E. 35%-45%

答案：B

3. 一般病房为达到空气置换的目的需每日通风至少（ ）

- A. 30min B. 60min C. 45min D. 50min E. 20min

答案：A

4. 属于动力性肠梗阻的是（ ）

- A. 肠粘连 B. 嵌顿疝 C. 肠痉挛 D. 肠扭转 E. 肠内粪块

答案：C

5-8 题共用题干

患者，女性，29岁，因发热、咽痛2天来院就诊。患者神志清、精神差，体温38.9℃，扁桃体Ⅱ度肿大。入院后诊断为急性化脓性扁桃体炎，护士遵医嘱给予青霉素肌肉注射，该患者青霉素皮试(-)。

5. 护士给患者肌肉注射时首选部位是（ ）

- A. 臀小肌 B. 股外侧肌 C. 三角肌 D. 臀中肌 E. 臀大肌

答案：E

6. 护士遵循注射药物现用现配的原则，其意义是（ ）

- A. 防止减低药效、减少过敏反应 B. 防止差错事故
C. 防止药物浪费 D. 防止出现配伍禁忌

E. 减少毒性反应

答案：A

7. 如为患者行侧卧位肌肉注射，其体位准备是（ ）

- A. 下腿弯曲，上腿伸直 B. 两腿伸直，足跟相对
C. 两腿伸直，足尖相对 D. 两腿弯曲，放松
E. 上腿弯曲，下腿伸直

答案：A

8. 范围直径为大于（ ）

- A. 7cm B. 6cm C. 5cm D. 4cm E. 3cm

答案：C

9-11 题共用题干

患者女，24岁。体重50kg，咳嗽、发热1周后出现尿量减少，300-400ml/天，血压195/106mmHg，血钾6.5mmol/L，血尿素氮9.5mmol/L，血肌酐762 μ mol/L，血红蛋白10.1g/L，血pH值7.25。

9. 该患者少尿状况一般持续（ ）

- A. 1-2天 B. 3-4天
C. 1-2周 D. 3-4周
E. 5-6周

答案：C

10. 该患者目前每天蛋白质摄入量不超过（ ）

- A. 40g B. 50g
C. 60g D. 70g
E. 80g

答案：A

11. 如该患者血钾持续 >6.5 mmol/L，可诱发（ ）

- A. 急性心衰 B. 心律失常

- C. 急性脑水肿
- D. 急性肺水肿
- E. 代谢性酸中毒

答案：B

12-14 题共用题干

患者男性，66 岁，肥胖，有高血压病史血压 160/100mmHg，近日心前区发生疼痛，考虑为心绞痛。

12. 该患者胸痛的性质应是（ ）

- A. 隐痛持续整天
- B. 锻炼后可减轻
- C. 刀割样痛
- D. 阵法针刺样痛
- E. 压迫、发闷或紧缩感

答案：E

13. 疼痛部位应是（ ）

- A. 胸骨体上段或中段之后
- B. 胸骨体下段
- C. 心尖区
- D. 整个左胸
- E. 剑突下区

答案：A

14. 疼痛持续时间多为（ ）

- A. 1min-2min
- B. 3min-5min
- C. 5min-8min
- D. 8min-20min
- E. 超过 20min

答案：B

15-17 题共用题干

男婴，4 月，体重 4.5Kg，纯母乳喂养，宝宝吸奶频繁，每隔 2-3 小时吃一次，最近发现经常流口水，来儿保咨询。

15. 对于宝宝频繁吃奶，你合理的解释是胃排空时间由食物种类不同而不同，母乳易消化吸收，排空时间是（ ）

- A. <1 小时
- B. 1-2 小时
- C. 2-3 小时
- D. 3-4 小时
- E. >4 小时

答案：C

16. 对于流口水，你合理解释是（ ）

- A. 唾液腺发育不完善
- B. 口腔粘膜柔嫩
- C. 血管丰富
- D. 细菌感染
- E. 唾液腺分泌唾液量增加，由于不能及时吞咽唾液所致，属生理现象

答案：E

17. 妈妈问什么时候可以添加辅食，你正确的回答是（ ）

- A. 现在
- B. 5 个月后
- C. 6 个月后
- D. 7 个月后
- E. 8 个月后

答案：C

18-20 题共用题干

患者，男性，32 岁，因车祸伤及头、面、胸部等多处，伤后昏迷不能经口进食，给予置入鼻肠管，行肠内营养支持。

18. 经鼻肠管进行肠内营养支持的护理措施正确（ ）

- A. 胃内容物残留量为 200ml，可继续输注肠内营养液
- B. 输注营养液时可取头部抬高 30° 的半卧位
- C. 配置的肠内营养液超过 24 小时可以继续使用
- D. 营养液浓度由 10%开始，逐渐增加速度输注，2 天达到全量
- E. 每天输注营养液后冲洗管道即可，其他时间不用冲洗管道

答案：B

19. 患者肠内营养时最多见的并发症是（ ）

- A. 高血糖
- B. 喂养管阻塞

C. 胃肠道 D. 吸入性肺炎

E. 脱管

答案: D

20. 如果患者在输注过程中发生误吸, 下列选项中错误的做法是 ()

A. 鼓励咳嗽

B. 气管镜清除误吸物

C. 经鼻导管吸痰

D. 刺激咽喉部, 以排出吸入物

E. 患者不适应, 改用胃肠外营养

答案: E

21-22 题共用题干

患者, 男性, 42 岁, 因右小腿严重外伤后, 发生气性坏疽, 住院治疗。

21. 首先的处理措施是 ()

A. 给氧

B. 高压氧治疗

C. 加强营养

D. 手术

E. 止痛

答案: D

22. 下列处理不必要的是 ()

A. 高压氧治疗

B. 隔离

C. 避光安静

D. 清创手术

E. 应用青霉素

答案: C

23-25 题共用题干

王老太, 70 岁, 卧床 3 周。近日骶尾部皮肤有破溃, 护士仔细观察后认为是压疮的浅度溃疡期。

23. 支持此判断的是 ()

A. 患者主诉骶尾部有疼痛和麻木

B. 骶尾部皮肤发红、肿胀

C. 骶尾部皮肤呈紫红色, 皮下有硬结

D. 皮肤有水疱

E. 创面湿润, 有黄色渗出液

答案: E

24. 此患者发生压疮的最主要原因是 ()

A. 局部组织长期受压

B. 皮肤破损

- C. 皮肤受排泄物刺激
- D. 机体营养不良
- E. 年龄大

答案：A

25. 对局部皮肤处理方法不妥的是（ ）

- A. 使用保湿敷料
- B. 避免局部皮肤受压
- C. 生理盐水冲洗
- D. 大水疱剪去表皮后，消毒包扎
- E. 清除坏死组织

答案：D

26-29 题共用题干

患者，女性，35 岁，体检发现右侧乳房肿块 1 天，门诊以原位癌收入院。

26. 乳房原位癌早期的临床表现不包括（ ）

- A. 酒窝症
- B. 无痛单发小肿块
- C. 无意中发现
- D. 多位于乳房外上象限
- E. 与周围组织分界不清

答案：A

27. 患者和家属要求手术，其手术方式宜选择（ ）

- A. 乳腺癌根治术
- B. 乳腺癌改良根治术
- C. 单纯乳房切除术
- D. 乳腺癌扩大根治术
- E. 保留乳房的乳腺癌切除术

答案：C

28. 患者术后，指导患者患侧功能锻炼应达到的目标是（ ）

- A. 手摸到对侧肩部
- B. 肩能平举
- C. 肘能屈伸
- D. 手能摸到同侧耳朵
- E. 手经头摸到对侧耳朵

答案：E

29. 出院前进行健康指导，对预防复发最重要的是（ ）

- A. 参加体育活动，增强体质
- B. 5 年内避免妊娠
- C. 经常自查乳房
- D. 加强营养
- E. 定期来院复查

答案：B

30. 患者男性，15 岁，伸直型肱骨髁上骨折愈合后致爪形手形成。其原因是损伤了（ ）

- A. 肱动脉
- B. 正中神经
- C. 正中静脉
- D. 尺神经
- E. 桡神经

答案：D

(31~33 题共用题干)

患儿，男性，3 岁，因误服 5ml 炉甘石洗剂到某医院急诊。急诊医生准备 25% 硫酸镁 20ml 导泻，但将口服误写成静脉注射。治疗护士心想：“25% 硫酸镁能静脉注射吗？似乎不能，但又拿不准。”又想：“反正是医嘱，执行医嘱是护士的责任。”于是予以静脉注射，致使患儿死于高血镁的呼吸麻痹。

31. 该案例中的护士违背许多护理道德要求，哪项描述不正确（ ）

- A. 彼此制约，相互监督
- B. 团结协作，齐心协力
- C. 敢当风险，勇于承担
- D. 灵活主动，尽职尽责
- E. 尊重医生，绝对配合

答案：E

32. 关于医嘱的处理，错误的是（ ）

- A. 医嘱是护士对病人进行实施治疗的依据
- B. 执行医嘱时必须仔细核对
- C. 如病人对医嘱提出质疑，护士应核实医嘱的准确性
- D. 抢救病人时，应立即执行口头医嘱

E. 护士发现医嘱有明显错误时，有权拒绝执行

答案：D

33. 我们应该从这一案例本身吸取哪些教训()

A. 这是一个技术性事故，护上对于某些用药的方法尚存在错误认识

B. 这次事故更大部分原因在伦理道德层面，而不是技术层面

C. 这位护士胆子太小，做事过于谨慎了

D. 只要提高了我们的医疗护理质量就能避免类似事件的发生

E. 如果医生总是开错医嘱，那他就不值得信任了

答案：B

(34~35 题共用题干)

病人，女性，16 岁。因煤气泄漏爆炸致头面部、双上肢烧伤入院。查体：烧伤部位有大量水疱，痛觉迟钝。

34. 采用中国九分法估计该病人的烧伤面积约为()

A. 18%

B. 21%

C. 24%

D. 27%

E. 54%

答案：C

35. 病人的烧伤严重程度是()

A. 轻度

B. 中度

C. 中重度

D. 重度

E. 特重度

答案：B

(36~38 题共用题干)

患者，男性，71 岁，慢性咳嗽咳痰 18 余年，近 5 年来活动后气急，1 周前感冒后痰多，气急加剧，近 2 天来嗜睡。化验白细胞 $18.6 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.9，pH7.29，PaCO₂80mmHg，PaO₂48mmHg。

36. 该患者最可能的诊断为 ()

- A. I 型呼吸衰竭
- B. II 型呼吸衰竭
- C. 呼吸窘迫综合征
- D. 支气管哮喘急性发作
- E. 急性肺炎

答案: B

37. 患者出现头胀、神志恍惚、躁狂谵语等应考虑 ()

- A. 呼吸性酸中毒
- B. 肺性脑病
- C. 窒息先兆
- D. 休克早期
- E. 脑疝出现

答案: B

38. 若经药物治疗无效, 患者自主呼吸停止, 应立即给予 ()

- A. 气管切开+机械通气
- B. 清理呼吸道
- C. 气管插管+机械通气
- D. 高浓度吸氧
- E. 胸外心脏按压

答案: C

(39~40 题共用题干)

某孕妇, 妊娠 32 周, 因子痫前期重度入院治疗, 4 小时后出现持续性腹痛, 阴道无流血。

查体: 面色苍白, 血压 80/50mmHg, 子宫大于妊娠周数, 硬如板状, 有压痛, 胎心、胎动消失。

39. 该孕妇最可能的诊断是 ()

- A. 妊娠合并急性阑尾炎
- B. 先兆子宫破裂
- C. 前置胎盘
- D. 先兆早产
- E. 胎盘早剥

答案: E

40. 下列护理中错误的是 ()

- A. 观察生命体征, 及时记录
- B. 指导患者绝对卧床休息
- C. 注意患者有无凝血功能障碍的表现
- D. 建立静脉通路, 遵医嘱输血、输液

E. 预防产后出血

答案：B

二、多项选择题。每题含 A、B、C、D、E 五个选项，选项中有一个以上(包括五个)的答案是正确的，参赛选手应将正确的选项选择出来并按要求在答题卡相应位置填涂，多选、少选或不选均不得分。

1-4 题共用题干

患者女性，58 岁，有冠心病史 10 年。1 小时前于午休后突然出现不能言语，右侧肢体活动不灵。查体：神志清，双侧鼻唇沟对称，伸舌不合作，右侧肢体肌力 0 级，以“脑血栓形成”收入院。

1. 给予该患者的治疗措施正确的是（ ）

- A. 早期溶栓
- B. 防止脑水肿
- C. 血压正常尽早给予高压氧舱治疗
- D. 调整血压
- E. 尽早应用血管扩张剂

答案：ABCD

2. 对该患者进行早期溶栓治疗的时间应在发病后多长时间， 以下错误的是（ ）

- A. 3 小时内
- B. 5 小时内
- C. 6 小时内
- D. 8 小时内
- E. 10 小时内

答案：DE

3. 目前国内使用的主要溶栓药物有（ ）

- A. 链激酶
- B. 尿激酶
- C. 重组组织型纤溶酶原激活剂
- D. 肝素
- E. 阿司匹林剂

答案：BC

4. 对该患者的护理措施正确的是（ ）

- A. 能吞咽时鼓励进食
- B. 关心尊重患者，鼓励其表达自己的感受
- C. 有吞咽困难时尽量使用吸管，以免误吸

- D. 协助患者选择既安全又有利于进食的体位
- E. 注意观察药物的不良反应

答案：ABDE

5-6 题共用题干

患者，女性，25 岁，转移性右下腹痛 6 小时入院，有固定的压痛点，诊断为急性阑尾炎，准备手术治疗。

5. 急性阑尾炎体征正确的是（ ）
- A. 右下腹压痛
 - B. 腹膜刺激征常表示阑尾炎症加重
 - C. 右下腹可扪及压痛性包块
 - D. 腰大肌试验阳性
 - E. 直肠指诊右前方有触痛

答案：ABCDE

6. 术前护理正确的是（ ）
- A. 肥皂水灌肠通便
 - B. 禁水 4 小时，禁食 12 小时
 - C. 协助患者舒适体位，如半卧位
 - D. 遵医嘱应用抗生素
 - E. 遵医嘱给予解痉止痛药

答案：CDE

7-8 题共用题干

患者，男性，45 岁，2 个月前出现排尿突然中断并疼痛， 就诊确诊为膀胱结石。

7. 膀胱结石典型症状正确的是（ ）
- A. 膀胱刺激征
 - B. 排尿突然中断并感疼痛，常有终末血尿
 - C. 合并感染时膀胱刺激征加重，可出现脓尿

- D. 前列腺增生
- E. 排尿困难，点滴状排尿

答案：ABC

8. 给予该患者的护理措施正确的是（ ）
- A. 鼓励多饮水，保持每日尿量在 2000ml 以上
 - B. 可遵医嘱应用镇痛药物
 - C. 饮食指导
 - D. 可遵医嘱给予抗生素
 - E. 给予留置尿管

答案：ABCD

9-10 题共用题干

患者，男性，26 岁，1 个月前出现腰痛，可摸到腰腹部肿块，并出现下午低热，夜间盗汗，体重减轻，入院诊断为腰椎结核，给予抗结核治疗。

9. 抗结核治疗的原则是（ ）
- A. 早期
 - B. 联合
 - C. 适量
 - D. 规律
 - E. 间断

答案：ABCD

10. 该患者的护理诊断包括（ ）
- A. 低效性呼吸型态
 - B. 营养失调
 - C. 疼痛
 - D. 躯体活动障碍
 - E. 潜在并发症：抗结核药物不良反应

答案：BCDE

附件2:

2022年全省职业院校技能大赛 高职组护理技能赛项技术操作规范

第一赛道：呼吸心跳骤停患者救护（心肺复苏+心电监护+静脉输液）

完成时间：15 分钟内完成考核资源：

心肺复苏技术：①心肺复苏模拟人、诊察床（硬板床）、脚踏垫；②治疗盘：人工呼吸膜（或纱布）、纱布（用于清除口腔异物）、血压计、听诊器；③手电筒、弯盘、抢救记录卡（单）；④治疗车、速干手消毒剂及挂架、医疗垃圾桶、生活垃圾桶。

心电监测技术：①治疗盘：电极片、酒精棉片、清洁纱布；②弯盘、心电监护仪及模块、导联线、配套血压计袖带、SpO₂ 传感器、电源线、插座（备于床头）、医嘱单；③治疗车、速干手消剂及挂架、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、口罩；④模拟患者。

静脉输液技术：①治疗盘：皮肤消毒液（安尔碘）、无菌干棉签（一次性）、0.9 %氯化钠(250ml 塑料袋)、输液器（单头）、输液瓶贴；②止血带、治疗巾、小垫枕、输液胶贴、血管钳、弯盘、医嘱单、输液执行记录卡；③治疗车、速干手消剂及挂架、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒、口罩、标签纸；④输液架；⑤剪刀；⑥静脉输液仿真手臂；⑦标准化病人。

技术操作规范

项目名称	操作流程	技术要求
基本要求		<ul style="list-style-type: none">• 行为举止，自我介绍，礼貌用语• 结合案例现场评估（患者、环境、安全）

护士巡视病房，发现患者意识丧失，给予心肺复苏

心肺复苏操作过程

判断与呼救	<ul style="list-style-type: none"> • 检查患者有无反应 • 检查是否无呼吸（终末叹气应看做无呼吸）并同时检查脉搏，5~10 秒钟完成 • 确认患者意识丧失，立即呼叫，启动应急反应系统 • 取得 AED 及急救设备（或请旁人帮忙获得）(口述)
安置体位	<ul style="list-style-type: none"> • 确保患者仰卧在坚固的平坦表面上 • 去枕，头、颈、躯干在同一轴线上，双手放于两侧，身体无扭曲（口述）
心脏按压	<ul style="list-style-type: none"> • 在患者一侧，解开衣领、腰带，暴露患者胸腹部 • 按压部位：患者胸部中央，胸骨下半部 • 按压方法：手掌根部重叠，手指翘起，两臂伸直，使双肩位于双手的正上方。垂直向下用力快速按压 • 按压深度：5~6cm • 按压速率：100~120 次/min • 胸廓回弹：每次按压后使胸廓充分回弹（按压时间:放松时间为 1:1）尽量不要按压中断：中断时间控制在 10s 内
开放气道	<ul style="list-style-type: none"> • 如有明确呼吸道分泌物，应当清理患者呼吸道，取下活动义齿 • 仰头提颏法（怀疑患者头部或颈部损伤时使用推举下颌法）充分开放气道
人工呼吸	<ul style="list-style-type: none"> • 立即给予人工呼吸 2 次 • 送气时捏住患者鼻子，呼气时松开，送气时间为 1 秒，见明显的胸廓隆起即可 • 施以人工呼吸时应产生明显的胸廓隆起，避免过度通气，吹气同时，观察胸廓情况 • 按压与人工呼吸之比：30:2，连续 5 个循环
判断复苏效果	<p>操作5个循环后，判断并报告复苏效果</p> <ul style="list-style-type: none"> • 颈动脉恢复搏动 • 自主呼吸恢复 • 散大的瞳孔缩小，对光反射存在 • 收缩压大于 60mmHg（体现测血压动作） • 面色、口唇、甲床和皮肤色泽转红，昏迷变浅，出现反射、挣扎或躁动
整理记录	<ul style="list-style-type: none"> • 整理用物，分类放置 • 七步洗手，记录患者病情变化和抢救情况

患者复苏成功，遵医嘱给予患者心电监测和静脉输液

心电监测操作过程	评估解释	<ul style="list-style-type: none"> • 核对患者，解释目的并取得合作 • 评估患者病情、意识状态、皮肤情况、指甲情况、有无过敏史、有无起搏器 • 评估患者周围环境、光照情况及有无电磁波干扰 • 七步洗手、戴口罩
	舒适体位	<ul style="list-style-type: none"> • 安置患者舒适的仰卧位
	连接电源开机	<ul style="list-style-type: none"> • 连接监护仪电源，打开主机开关，检查监护仪功能是否完好
	连接导联和插件	<ul style="list-style-type: none"> • 连接心电导联线，五电极连接正确，连接血氧饱和度插件，连接血压计袖带
	心电监测	<ul style="list-style-type: none"> • 暴露胸部，正确定位，清洁皮肤 • 右上（RA）：胸骨右缘锁骨中线第一肋间；左上（LA）：胸骨左缘锁骨中线第一肋间；右下（RL）：右锁骨中线剑突水平处；左下（LL）：左锁骨中线剑突水平处；胸导（C）：胸骨左缘第四肋间 • 为患者系好衣扣
	SpO ₂ 和血压监测	<ul style="list-style-type: none"> • 将 SpO₂ 传感器安放在患者身体的合适部位，红点照指甲，与血压计袖带相反肢体 • 测血压使被测肢体与心脏处于同一水平；伸肘并稍外展，将袖带平整地缠于上臂中部；袖带下缘应距肘窝 2~3cm；松紧以能放入一到两指为宜 • 按测量键，设定测量间隔时间
	设定参数	<ul style="list-style-type: none"> • 打开报警系统，根据患者情况，设定正常成人各报警上下限参数
	调节波形	<ul style="list-style-type: none"> • 选择标准 II 导联，清晰显示 P 波，调节波形大小 • 七步洗手，记录医嘱执行时间
心电图判读	<ul style="list-style-type: none"> • 根据所给常见异常心电图图示，进行准确判读 	
静脉输液操作过程	评估解释	<ul style="list-style-type: none"> • 核对患者信息（床号、姓名、住院号），解释输液目的并取得合作 • 评估患者皮肤、血管、肢体活动情况 • 七步洗手、戴口罩
	核对检查	<ul style="list-style-type: none"> • 二人核对医嘱、输液卡和瓶贴 • 核对药液标签 • 检查药液质量
	准备药液	<ul style="list-style-type: none"> • 贴瓶贴，启瓶盖，两次消毒瓶塞至瓶颈 • 检查输液器包装、有效期与质量，将输液器针头插入瓶塞

	核对解释	<ul style="list-style-type: none"> • 备齐用物携至患者床旁，核对患者信息（床号、姓名、住院号） • 解释取得合作
	初步排气	<ul style="list-style-type: none"> • 关闭调节夹，旋紧头皮针连接处 • 再次检查药液质量后挂输液瓶挂于输液架上 • 排气（首次排气原则不滴出药液），检查有无气泡
	皮肤消毒	<ul style="list-style-type: none"> • 协助患者取舒适体位，垫小垫枕与治疗巾 • 选择静脉，扎止血带（距穿刺点上方 6~10cm） • 消毒皮肤（直径大于 5cm；2 次消毒或遵循消毒剂使用说明书）
	静脉穿刺	<ul style="list-style-type: none"> • 再次核对 • 再次排气至有少量药液滴出，检查有无气泡，取下护针帽 • 固定血管，嘱患者握拳，进针，见回血后再将针头沿血管方向潜行少许
	固定针头	<ul style="list-style-type: none"> • 穿刺成功后，松开止血带，打开调节器，嘱患者松拳 • 待液体滴入通畅后用输液贴固定
	调节滴速	<ul style="list-style-type: none"> • 根据患者的年龄、病情和药物性质调节滴速（口述） • 调节滴速时间至少 15 秒，并报告滴速 • 操作后核对患者 • 告知注意事项
	整理记录	<ul style="list-style-type: none"> • 安置患者于安全舒适体位，放呼叫器于易取处，整理床单位及用物 • 七步洗手，记录输液执行记录卡
	停止输液	<ul style="list-style-type: none"> • 核对解释 • 揭去输液贴，轻压穿刺点上方，关闭调节夹，迅速拔针 • 嘱患者按压至无出血，并告知注意事项 • 协助患者取安全舒适体位，询问需要 • 清理治疗用物，分类放置 • 七步洗手，取下口罩，记录输液结束时间及患者反应
综合评价	人文关怀	<ul style="list-style-type: none"> • 注意保护患者安全和职业防护 • 沟通有效、充分体现人文关怀
	关键环节	<ul style="list-style-type: none"> • 临床思维：根据案例，护理措施全面正确 • 正确完成 5 个循环复苏，人工呼吸与心脏按压指标显示有效（以打印单为准） • 查对到位 • 无菌观念强 • 一次排气成功 • 一次穿刺成功，皮下退针应减分

第二赛道：脑卒中气管切开患者气道护理（评估+气道湿化+翻身叩背+吸痰）

完成时间：15 分钟内完成

考核资源：

评估+气道湿化+翻身叩背：①听诊器、雾化药液（在准备室抽吸药液，不论何种药液均用生理盐水模拟）、一次性注射器、弯盘、一次性治疗巾、一次性 PE 手套、治疗盘、治疗单（卡）、医嘱单、标签纸、剪刀、抽纸；②治疗车、速干手消毒剂及挂架、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒、口罩；③空气压缩雾化吸入器装置、一次性雾化吸入器、气切面罩、连接螺纹管（可选用连接雾化吸入器与气切面罩）；④成人气管切开吸痰护理模型；⑤标准化家属。

吸痰技术：①一次性使用吸痰包：内含一次性弯盘、一次性无菌治疗碗、镊子、无菌纱布、治疗巾、吸痰管（内含无菌手套 1 只）；②一次性使用吸痰管单包装（内含无菌手套 1 只）；③听诊器、生理氯化钠溶液 500ml（瓶装）、弯盘、无菌生理盐水纱布、治疗碗、镊子 2 把、一次性无菌治疗巾、治疗盘、护理记录单、医嘱单、标签纸；④治疗车、速干手消毒剂及挂架、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、口罩；⑤电动吸痰器包括连接管、干燥瓶（均备于床头）；⑥成人气管切开吸痰护理模型；⑦标准化家属。

技术操作规范

项目名称	操作流程	技术要求
基本要求		• 行为举止，自我介绍，礼貌用语
		• 结合案例现场评估（患者、环境、安全）
遵医嘱给予脑卒中气管切开患者气道湿化		

评估	核对解释	<ul style="list-style-type: none"> • 核对患者信息（床号、姓名、住院号） • 向患者或家属解释并取得合作
	评估患者	<ul style="list-style-type: none"> • 评估患者病情、意识、肢体活动能力、生命体征、SpO₂ • 七步洗手、戴口罩 • 肺部听诊痰鸣音(带听诊器)，部位正确（左右锁骨中线上、中、下） • 评估气管套管固定情况、气管切口敷料,取下患者气管切开处辅料 • 检查雾化装置性能，各配件是否齐全
气道湿化操作过程	安置体位	<ul style="list-style-type: none"> • 协助患者取安全、舒适的体位 • 铺治疗巾于患者的颌下
	加入药液	<ul style="list-style-type: none"> • 核对医嘱、治疗单（卡）、药物 • 按医嘱将药液注入雾化杯内，不超过规定刻度 • 连接气切面罩、螺纹管、雾化杯 • 将导管一头与雾化杯相连，另一头连接雾化器出气口
	雾化吸入	<ul style="list-style-type: none"> • 接通电源，打开雾化器 • 用气切面罩罩住患者气管切开处，并固定好 • 告知患者或家属注意事项 • 雾化吸入时间一次不超过 20 分钟，雾化完毕（口述） • 取下气切面罩、治疗巾，关闭电源开关
翻身叩背操作过程	协助翻身	<ul style="list-style-type: none"> • 告知患者或家属翻身叩背的目的及方法，取得配合 • 护士站在床的一侧，移动枕头至操作者侧 • 护士轻轻将患者转向近侧，安置侧卧位
	叩背排痰	<ul style="list-style-type: none"> • 叩击方法：将五指并拢呈空杯状，利用腕力，快速有力叩击背部 • 叩击原则：从下至上、从外至内，背部从第 10 肋间隙开始向上叩击至肩部 • 指导患者有效咳痰 • 询问患者的感受，观察生命体征、痰液情况 • 协助患者予舒适体位
翻身叩背后评估患者排痰效果不佳，给予患者吸痰		
	解释目的	<ul style="list-style-type: none"> • 向患者或家属解释吸痰目的并取得合作

吸痰技术操作过程	吸痰准备	<ul style="list-style-type: none"> • 给予患者高流量吸氧 3~5 分钟（口述） • 检查吸引器各处连接是否正确、有无漏气 • 打开吸痰器开关，反折连接管前端，调节负压 • 七步洗手 • 核对药液标签 • 检查药液质量 • 打开瓶装生理盐水 • 倒生理盐水（瓶签向掌心，冲洗瓶口，从原处倒出） • 注明开瓶日期和时间
	吸痰操作	<ul style="list-style-type: none"> • 协助患者取去枕仰卧位 • 铺治疗巾于颌下 • 检查吸痰管型号、有效期 • 打开吸痰管包装，戴无菌手套，取出吸痰管 • 连接管与吸痰管连接 • 试吸生理盐水，检查吸痰管是否通畅 • 阻断负压，将吸痰管经气管套管插入气管内，遇阻力后略上提 • 吸痰时左右旋转，自深部向上吸净痰液 • 吸痰过程中密切观察患者痰液情况、生命体征、SpO₂（口述） • 每次吸痰<15 秒 • 吸痰后给予患者高流量吸氧 3~5 分（口述） • 抽吸生理盐水冲洗吸痰管，将吸痰管与连接管断开 • 将吸痰管连同手套弃于污染垃圾桶内，关闭吸引器，将连接管放置妥当
	整理记录	<ul style="list-style-type: none"> • 肺部听诊判断吸痰效果（左右锁骨中线上、中、下部） • 必要时按无菌原则清洁并更换辅料（口述） • 套管口覆盖湿润纱布并固定 • 妥善安置患者，整理用物 • 七步洗手、取下口罩，记录医嘱执行时间，痰液量、色、性状、粘稠度
综合	人文关怀	<ul style="list-style-type: none"> • 注意保护患者安全 • 注意保暖和隐私保护 • 注意职业防护 • 沟通有效、充分体现人文关怀

<p>评价</p>	<p>关键环节</p>	<ul style="list-style-type: none">• 临床思维：根据案例，护理措施全面正确• 程序整齐、操作熟练、动作轻柔• 注意遵循节力原则• 无菌观念强• 垃圾分类处理
-----------	-------------	---

附件3:

2022年全省职业院校技能大赛 高职组护理技能赛项技术操作流程及评分标准

1. 第一赛道：呼吸心跳骤停患者救护（心肺复苏+心电监护+静脉输液）

准备时间：20 分钟 完成时间：20 分钟内完成

技术操作流程及评分标准

选手赛位号：

赛室号：

项目名称	操作流程	技术要求	分值	扣分
选手报告参赛号码·比赛计时开始				
基 本 要 求 1 分		• 行为举止，自我介绍，礼貌用语	0.5	
		• 结合案例现场评估（患者、环境、安全）	0.5	
心 肺 复 苏 操 作 过 程 13 分	判断与呼救 (2 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 检查患者有无反应 • 检查是否无呼吸（终末叹气应看做无呼吸）并同时检查脉搏，5~10 秒钟完成 • 确认患者意识丧失，立即呼叫，启动应急反应系统 • 取得 AED 及急救设备（或请旁人帮忙获得X口述） 	0.5 0.5 0.5 0.5	
	安置体位 (1 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 确保患者仰卧在坚固的平坦表面上 • 去枕，头、颈、躯干在同一轴线上，双手放于两侧，身体无扭曲（口述） 	0.5 0.5	
	心脏按压 (3 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 在患者一侧，解开衣领、腰带，暴露患者胸腹部 • 按压部位：患者胸部中央，胸骨下半部 • 按压方法：手掌根部重叠，手指翘起，两臂伸直，使双肩位于双手的正上方。垂直向下用力快速按压 • 按压深度：5~6cm • 按压速率：100~120 次/min • 胸廓回弹：每次按压后使胸廓充分回弹（按压时间:放松时间为 1:1）尽量不要按压中断： 中断时间控制在10s 内 	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	

	开放气道 (1分)	<ul style="list-style-type: none"> 如有明确呼吸道分泌物，应当清理患者呼吸道，取下活动义齿 仰头提颏法（怀疑患者头部或颈部损伤时使用推举下颌法）充分开放气道 	0.5	
			0.5	
	人工呼吸 (2分)	<ul style="list-style-type: none"> 立即给予人工呼吸 2 次 送气时捏住患者鼻子，呼气时松开，送气时间为 1 秒，见明显的胸廓隆起即可 施以人工呼吸时应产生明显的胸廓隆起，避免过度通气，吹气同时，观察胸廓情况 按压与人工呼吸之比：30:2，连续 5 个循环 	0.5	
			0.5	
			0.5	
	判断复苏效果 (3分)	操作 5 个循环后，判断并报告复苏效果 <ul style="list-style-type: none"> 颈动脉恢复搏动 自主呼吸恢复 散大的瞳孔缩小，对光反射存在 收缩压大于 60mmHg（体现测血压动作） 面色、口唇、甲床和皮肤色泽转红，昏迷变浅，出现反射、挣扎或躁动 	0.5	
			0.5	
	整理记录 (1分)	<ul style="list-style-type: none"> 整理用物，分类放置 七步洗手，记录患者病情变化和抢救情况 	0.5	
			0.5	
心电监测操作过程 9分	评估解释 (2分)	<ul style="list-style-type: none"> 核对患者，解释目的并取得合作 评估患者病情、意识状态、皮肤情况、指甲情况、有无过敏史、有无起搏器 评估患者周围环境、光照情况及有无电磁波干扰 七步洗手、戴口罩 	0.5	
			0.5	
	舒适体位 (0.5分)	<ul style="list-style-type: none"> 安置患者舒适的仰卧位 	0.5	
	连接电源 开机 (0.5分)	<ul style="list-style-type: none"> 连接监护仪电源，打开主机开关，检查监护仪功能是否完好 	0.5	
	连接导联 和插件 (0.5分)	<ul style="list-style-type: none"> 连接心电导联线，五电极连接正确，连接血氧饱和度插件，连接血压计袖带 	0.5	

	心电监测 (2 分)	<ul style="list-style-type: none"> 暴露胸部，正确定位，清洁皮肤 右上 (RA): 胸骨右缘锁骨中线第一肋间；左上 (LA): 胸骨左缘锁骨中线第一肋间；右下 (RL): 右锁骨中线剑突水平处；左下 (LL): 左锁骨中线剑突水平处；胸导 (C): 胸骨左缘第四肋间 为患者系好衣扣 	0.5 1		
	SpO ₂ 和血压 监测 (2 分)	<ul style="list-style-type: none"> 将 SpO₂ 传感器安放在患者身体的合适部位，红点照指甲，与血压计袖带相反肢体 测血压使被测肢体与心脏处于同一水平；伸肘并稍外展，将袖带平整地缠于上臂中部；袖带下缘应距肘窝 2~ 3cm；松紧以能放入一到两指为宜 按测量键；设定测量间隔时间 	0.5 1		
	设定参数 (0.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> 打开报警系统，根据患者情况，设定正常成人各报警上下限参数 	0.5		
	调节波形 (0.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> 选择标准 II 导联，清晰显示 P 波，调节波形大小；七步洗手，记录医嘱执行时间 	0.5		
	心电图判读 (0.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> 根据所给常见异常心电图图示，进行准确判读 	0.5		
19 分	静脉 输液 操作 过程	评估解释 (1.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> 核对患者信息 (床号、姓名、住院号)，解释输液目的并取得合作 评估患者皮肤、血管、肢体活动情况 七步洗手、戴口罩 	0.5 0.5 0.5	
		核对检查 (1.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> 二人核对医嘱、输液卡和瓶贴 核对药液标签 检查药液质量 	0.5 0.5 0.5	
		准备药液 (1.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> 贴瓶贴，启瓶盖，两次消毒瓶塞至瓶颈 检查输液器包装、有效期与质量，将输液器针头插入瓶塞 	1 0.5	
	核对解释 (1 分)	<ul style="list-style-type: none"> 备齐用物携至患者床旁，核对患者信息 (床号、姓名、住院号) 解释取得合作 	0.5 0.5		

	初步排气 (1.5 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 关闭调节夹，旋紧头皮针连接处 • 再次检查药液质量后挂输液瓶挂于输液架上 • 排气（首次排气原则不滴出药液），检查有无气泡 	0.5 0.5 0.5	
	皮肤消毒 (2 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 协助患者取舒适体位，垫小垫枕与治疗巾 • 选择静脉，扎止血带（距穿刺点上方 6~10cm） • 消毒皮肤（直径大于 5cm；2 次消毒或遵循消毒剂使用说明书） 	0.5 0.5 1	
	静脉穿刺 (3 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 再次核对 • 再次排气至有少量药液滴出，检查有无气泡，取下护针帽 • 固定血管，嘱患者握拳，进针，见回血后再将针头沿血管方向潜行少许 	0.5 0.5 2	
	固定针头 (1 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 穿刺成功后，松开止血带，打开调节器，嘱患者松拳 • 待液体滴入通畅后用输液贴固定 	0.5 0.5	
	调节滴速 (2 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 根据患者的年龄、病情和药物性质调节滴速（口述） • 调节滴速时间至少 15 秒，并报告滴速 • 操作后核对患者 • 告知注意事项 	0.5 0.5 0.5 0.5	
	整理记录 (1 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 安置患者于安全舒适体位，放呼叫器于易取处，整理床单位及用物 • 七步洗手，记录输液执行记录卡 	0.5 0.5	
	停止输液 (3 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 核对解释 • 揭去输液贴，轻压穿刺点上方，关闭调节夹，迅速拔针 • 嘱患者按压至无出血，并告知注意事项 • 协助患者取安全舒适体位，询问需要 • 清理治疗用物，分类放置 • 七步洗手，取下口罩，记录输液结束时间及患者反应 • 报告操作完毕（计时结束） 	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	
综合	人文关怀 (1 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 注意保护患者安全和职业防护 • 沟通有效、充分体现人文关怀 	0.5 0.5	

评价 8分	关键环节 (7分)	• 临床思维：根据案例，护理措施全面正确	1	
		• 正确完成 5 个循环复苏,人工呼吸与心脏按压指标显示有效（以打印单为准）	4	
		• 查对到位	0.5	
		• 无菌观念强	0.5	
		• 一次排气成功	0.5	
		• 一次穿刺成功，皮下退针应减分	0.5	
操作时间		_____分钟		
项目总分			50	
选手得分				

裁判签名：

2. 第二赛道：脑卒中气管切开患者气道护理（评估+气道湿化+翻身叩背+吸痰）

准备时间：15 分钟 完成时间：15 分钟内完成

技术操作流程及评分标准

选手赛位号：

赛室号：

项目名称	操作流程	技术要求	分值	扣分
选手报告参赛号码 · 比赛计时开始				
基本要求 1分		行为举止，自我介绍，礼貌用语	0.5	
		结合案例现场评估（患者、环境、安全）	0.5	
评估 3.5分	核对解释 (1.5分)	• 核对患者信息（床号、姓名、住院号）	0.5	
		• 向患者或家属解释并取得合作	0.5	
	评估患者 (2分)	• 评估患者病情、意识、肢体活动能力、生命体征、SpO ₂	0.5	
		• 七步洗手、戴口罩	0.5	
		• 肺部听诊痰鸣音(带听诊器)，部位正	0.5	

		<ul style="list-style-type: none"> • 确（左右锁骨中线上、中、下） • 评估气管套管固定情况、气管切口敷料,取下患者气管切开处辅料 • 检查雾化装置性能,各配件是否齐全 	0.5 0.5	
5.5分	气道湿化操作过程			
	安置体位 (1分)	<ul style="list-style-type: none"> • 协助患者取安全、舒适的体位 • 铺治疗巾于患者的颌下 	0.5 0.5	
	加入药液 (2分)	<ul style="list-style-type: none"> • 核对医嘱、治疗单(卡)、药物 • 按医嘱将药液注入雾化杯内,不超过规定刻度 • 连接气切面罩、螺纹管、雾化杯 • 将导管一头与雾化杯相连,另一头连接雾化器出气口 	0.5 0.5 0.5 0.5	
	雾化吸入 (2.5分)	<ul style="list-style-type: none"> • 接通电源,打开雾化器 • 用气切面罩罩住患者气管切开处,并固定好 • 告知患者或家属注意事项 • 雾化吸入时间一次不超过20分钟,雾化完毕(口述) • 取下气切面罩、治疗巾,关闭电源开关 	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	
翻身叩背操作过程6分	协助翻身 (2分)	<ul style="list-style-type: none"> • 告知患者或家属翻身叩背的目的及方法,取得配合 • 护士站在床的一侧,移动枕头至操作者侧 • 护士轻轻将患者转向近侧,安置侧卧位 	0.5 0.5 1	
	叩背排痰 (4分)	<ul style="list-style-type: none"> • 叩击方法:将五指并拢呈空杯状,利用腕力,快速有力叩击背部 • 叩击原则:从下至上、从外至内,背部从第10肋间隙开始向上叩击至肩部 • 指导患者有效咳痰 • 询问患者的感受,观察生命体征、痰液情况 • 协助患者予舒适体位 	1 1 1 0.5 0.5	
吸痰	解释目的 (0.5分)	<ul style="list-style-type: none"> • 向患者或家属解释吸痰目的并取得合作 	0.5	
	吸痰准备 (5分)	<ul style="list-style-type: none"> • 给予患者高流量吸氧3~5分钟(口述) • 检查吸引器各处连接是否正确、有无漏气 	0.5 0.5	

技术操作过程 16分		<ul style="list-style-type: none"> • 打开吸痰器开关，反折连接管前端，调节负压 • 七步洗手 • 核对药液标签 • 检查药液质量 • 打开瓶装生理盐水 • 倒生理盐水（瓶签向掌心，冲洗瓶口，从原处倒出） • 注明开瓶日期和时间 	0.5 0.5 0.5 0.5 1 0.5	
	吸痰操作 (8分)	<ul style="list-style-type: none"> • 协助患者取去枕仰卧位 • 铺治疗巾于颌下 • 检查吸痰管型号、有效期 • 打开吸痰管包装，戴无菌手套，取出吸痰管 • 连接管与吸痰管连接 • 试吸生理盐水，检查吸痰管是否通畅 • 阻断负压，将吸痰管经气管套管插入气管内，遇阻力后略上提 • 吸痰时左右旋转，自深部向上吸净痰液 • 吸痰过程中密切观察患者痰液情况、生命体征、SpO₂（口述） • 每次吸痰<15秒 • 吸痰后给予患者高流量吸氧3~5分 • （口述） • 抽吸生理盐水冲洗吸痰管，将吸痰管与连接管断开 • 将吸痰管连同手套弃于污染垃圾桶内，关闭吸引器，将连接管放置妥当 	0.5 0.5 0.5 1 0.5 0.5 1 1 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	
	整理记录 (2.5分)	<ul style="list-style-type: none"> • 肺部听诊判断吸痰效果（左右锁骨中线上、中、下部） • 必要时按无菌原则清洁并更换辅料 • （口述） • 套管口覆盖湿润纱布并固定 • 妥善安置患者，整理用物 • 七步洗手、取下口罩，记录医嘱执行时间，痰液量、色、性状、粘稠度 	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	
综合评价	人文关怀 (4分)	<ul style="list-style-type: none"> • 注意保护患者安全 • 注意保暖和隐私保护 • 注意职业防护 • 沟通有效、充分体现人文关怀 	1 1 1 1	

8 分	关键环节 (4 分)	<ul style="list-style-type: none"> • 临床思维：根据案例，护理措施全面正确 • 程序整齐、操作熟练、动作轻柔 • 注意遵循节力原则 • 无菌观念强 • 垃圾分类处理 	1 1 0.5 1 0.5	
操作时间	_____分钟			
项目总分			40	
选手得分				

裁判签名：

