

护理技能赛项竞赛规程

一、赛项组别

中职、高职学生护理技能组

二、赛项目的

贯彻落实《甘肃省教育厅关于 2021 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，检验学生技能训练水平。通过竞赛，考核参赛选手的职业素养、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人才，同时为参加全国护理技能大赛打下基础。

三、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 30 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，中职题型为 40 道单项选择题；高职题型为 30 道单项选择题、10 道多项选择题，共 40 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。

中职组：第一赛道，呼吸心跳骤停患者救护（操作项目：心肺复苏、静脉输液），主要考核选手临床思维和决策能力、紧急救护能力及临床常用护理操作执行能力，竞赛时长为 15 分钟；第二赛道，老年患者跌倒的照护（操作项目：右踝关节扭伤包扎、轮椅运送），重点考核选手对老年人健康照护能力、跌倒的应急处理能力、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。

高职组：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。

四、竞赛方式

（一）参赛对象

中职组：参赛选手必须是省内中等职业学校（含技工学校）具有正式学籍的在校生，选手

参赛资格审查由市（州）教育局负责。

高职组：参赛选手为全省独立设置的全日制普通高等职业院校在籍在校学生，选手年龄限制在 25 周岁以下（年龄计算截止时间以比赛当年的 5 月 1 日为准）。

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，高职组同一院校参赛选手不超过 3 名，每名选手限 1 名指导教师。

2. 参赛选手和指导教师报名获得确认后不得随意更换。如备赛过程中参赛选手和指导教师因故无法参赛，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。

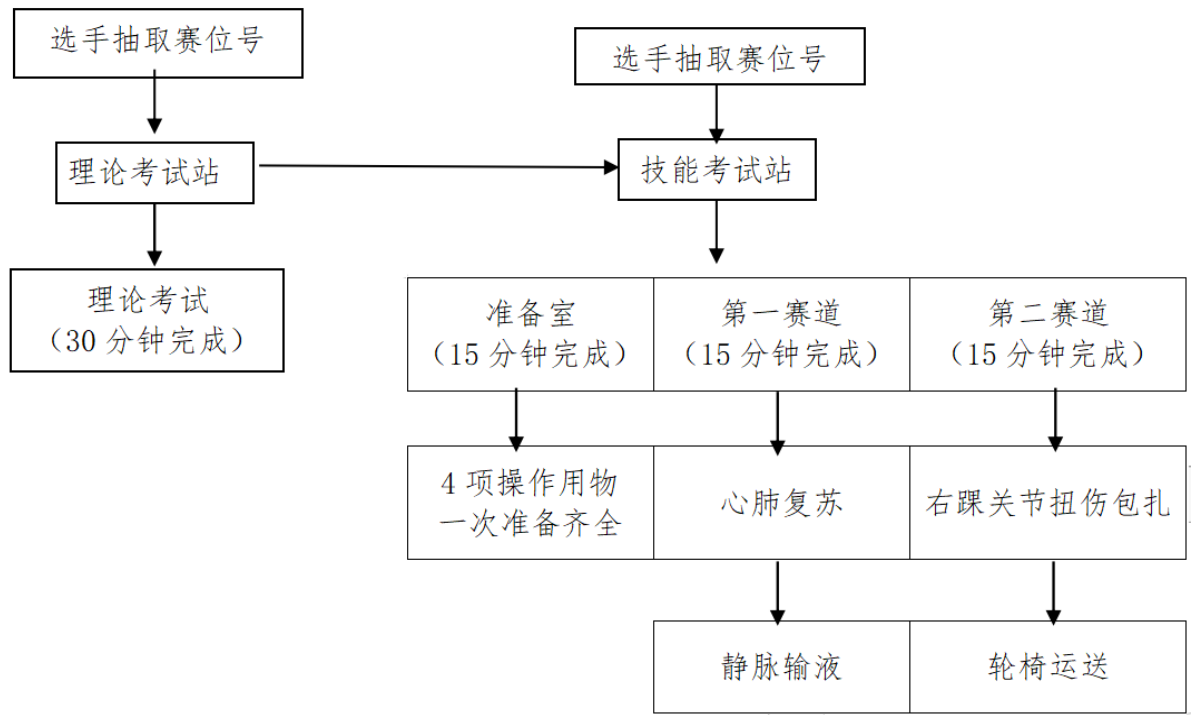
（三）抽签方法

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。

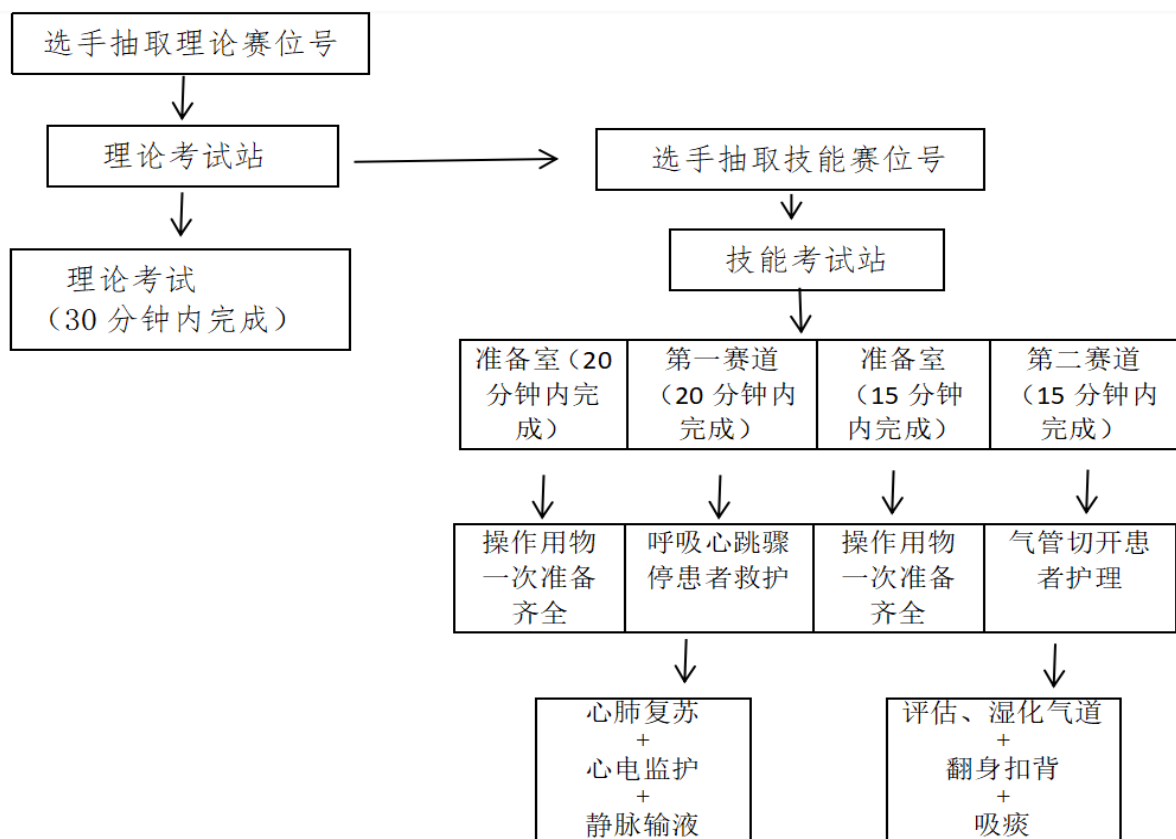
2. 赛场的赛位统一编制赛室号，各时段参赛队比赛前 30 分钟到赛项指定地点接受检录。进场前 20 分钟，由本参赛队的参赛选手抽签决定进入赛室的参赛号。各参赛选手在工作人员的带领下进入侯赛室，接到比赛的通知后，到相应的赛室完成竞赛规定的赛项任务。

（四）竞赛流程图

1. 中职学生组



2. 高职学生组



五、成绩评定及成绩公示公布

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。

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。

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。

六、竞赛须知

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. 参赛选手必须着大赛统一提供的护士服（赛后须交回）进入赛场，自备白色软底鞋、肤色连裤袜。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、赛场提供设备和器材

比赛环境及软硬件设备对接《2020 年全国职业院校技能大赛护理技能比赛(中、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. 右踝关节扭伤包扎技术：在标准化患者腿上进行操作，使用临床常用踝关节扭伤包扎的敷料和绷带。

4. 轮椅运送技术：在标准化患者身体上进行操作，使用临床常用的轮椅。

5. 气管切开护理技术：在全功能护理训练模型人上进行操作。

6. 心电监测技术：在模拟患者上进行心电监护操作。

7. 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。

附件 1. 中职护理技能竞赛理论笔答样题

2. 中职护理技能竞赛操作规程及评分标准

3. 高职护理技能竞赛理论笔答样题

4. 高职护理技能竞赛操作规程及评分标准

5. 高职组护理技能赛项技术操作规范

6. 高职组护理技能赛项技术操作评分标准

附件 1

中职护理技能竞赛理论笔答样卷

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。

单项选择题。以下每一道考题下面有 A、B、C、D、E 五个备选答案。请从中选择一个最佳答案, 并在答题卡上将相应题号的相应字母所属的方框涂黑。错选、多选或未选均无分。

1. 患者, 男性, 36 岁, 慢性心力衰竭在院治疗 5 天后出现恶心、头痛、头晕、黄视。检查心率 46 次/分, 应考虑为()

- A. 硝普钠中毒 B. 洋地黄中毒 C. 酚妥拉明中毒
D. 氨茶碱中毒 E. 多巴酚丁胺中毒

答案: B

2. 患者, 男性, 40 岁, 风湿性心脏病二尖瓣重度狭窄, 住院期间心电监测, 患者最易出现的是()

- A. 室性期前收缩 B. 室性颤动 C. 预激综合征
D. 心房颤动 E. 二度 II 型房室传导阻滞

答案: D

3. 患者, 男性, 28 岁, 既往体健, 今早突然心悸 10 分钟不缓解来急诊科就诊, 心电图提示为室上性心动过速, 应采取何种较为简便的措施()

- A. 刺激呕吐反射或嘱屏气 B. 口服阿托品
C. 静脉推注去乙酰毛花苷 D. 静脉推注去甲肾上腺素
E. 静脉推注盐酸利多卡因

答案: A

4. 患者, 女性, 60 岁, 高血压病史 6 年, 突然出现剧烈头痛伴恶心、呕吐、视物模糊、抽搐, 测血压 230/140mmHg, 考虑患者发生了()

- A. 脑出血 B. 心肌梗塞 C. 高血压脑病
D. 脑梗塞 E. 短暂性脑缺血发作

答案: C

5. 患者, 男性, 43 岁, 跑步时突感心前区疼痛并向左前臂放射, 有濒死感, 就地休息 30 分钟未缓解, 伴恶心、出汗来我院急诊, 心电图示多导联 ST 段弓背抬高, T 波倒置, 异常深宽 Q 波, 最可能发生了()

- A. 急性心包炎 B. 心脏神经官能症
C. 急性主动脉夹层动脉瘤 D. 稳定型心绞痛
E. 急性心肌梗死

答案: E

6. 患者, 男性, 38 岁, 肥厚梗阻型心肌病, 病情稳定, 今日来院复查时血压 150/90mmHg, 护士指导患者避免使用()

- A. 氢氯噻嗪 B. 阿替洛尔 C. 美托洛尔
D. 硝苯地平 E. 硝酸甘油

答案: E

7. 患者, 女性, 26 岁, 因上腹部不适, 食欲减退, 黑便 1 次就诊, 诊断为慢性胃炎, 护士对其进行的针对性健康教育正确的是()

- A. 出入量的指导 B. 心理指导 C. 饮食指导
D. 用药指导 E. 疾病知识指导

答案: C

8. 患者, 男性, 18 岁, 因腹泻呕吐入院, 心电图示 QT 间期延长、ST 段水平压低、T 波倒置、U 波增高, 最有可能的原因是()

- A. 高钾血症 B. 低钾血症 C. 高钠血症

D. 低钠血症 E. 高钙血症

答案: B

9. 患者, 女性, 42 岁, 肝硬化腹水, 高血压病 II 级, 轻度水肿, 护士进行饮食指导时建议每日食盐量不超过()

A. 0.5 克 B. 1 克 C. 2 克 D. 3 克 E. 5 克

答案: C

10. 患者, 男性, 53 岁, 肝性脑病 3 个月, 遵医嘱给予新霉素口服的目的是()

A. 防治胃肠道感染

B. 预防肝胆系统感染

C. 防止腹水感染

D. 抑制肠道细菌而减少毒性物质的产生和吸收

E. 抑制肠道对氨的吸收

答案: D

11. 患者, 女性, 41 岁, 因“急性胰腺炎”入院, 患者主诉剧烈腹痛, 宜选用的止痛药为()

A. 哌替啶 B. 地西洋 C. 苯巴比妥 D. 吗啡 E. 阿司匹林

答案: A

12. 患者, 女性, 70 岁, 慢性支气管炎病史 10 年, 近日因咳嗽、咳黄脓痰不易咳出就诊, 体温 36.7℃, 胸部听诊可闻及湿性啰音, X 片示右侧肺有絮状阴影, 你认为该患者目前最主要的护理诊断是()

A. 气体交换受损 B. 清理呼吸道无效 C. 有感染的危险

D. 体温过高 E. 体液过多

答案: B

13. 患者, 女性, 33 岁, 常常在晨起或晚间躺下时咳大量脓痰, 伴少量鲜血, 且痰液放置后分 3 层, 可能是()

A. 慢性支气管炎 B. 肺结核 C. 肺癌

D. 肺气肿 E. 支气管扩张

答案: E

14. 患者, 男性, 72 岁, 慢性阻塞性肺疾病, 护士给予出院宣教建议进行长期家庭氧疗, 每日吸氧的时间不少于()

A. 5 小时 B. 8 小时 C. 10 小时 D. 12 小时 E. 15 小时

答案: E

15. 患者, 男性, 12 岁, 因支气管哮喘发作入院, 听诊可闻及()

A. 两肺布满湿罗音 B. 两肺布满哮鸣音 C. 一侧布满哮鸣音

D. 一侧布满湿罗音 E. 两肺底布满干湿罗音

答案: B

16. 患者, 男性, 30 岁, 被利器刺伤引起开放性气胸, 为预防感染可使用()

A. 激素 B. 维生素 C. 抗生素 D. 止痛药 E. 止血药

答案: C

17. 患者, 男性, 75 岁, 呼吸衰竭, 因近日咳嗽、咳痰、气急明显, 又出现神志不清、发绀、多汗, 皮肤湿暖, 动脉血气分析 PH 值 7.31, 氧分压 50mmHg, 二氧化碳分压 60mmHg, 护士应给予()

A. 高浓度高流量间歇给氧 B. 低浓度低流量间歇给氧

C. 高浓度高流量持续给氧 D. 低浓度低流量持续给氧

E. 乙醇湿化给氧

答案: D

18. 患者, 男性, 25 岁, 5 天前出现发热、乏力、恶心、食欲不佳入院, 查体巩膜轻度黄染, 肝肋下 1cm, 质软, ALT760U/L, 总胆红素 54mmol/L, 考虑为“病毒性肝炎”, 目前最主要的措施是()

A. 卧床休息 B. 抗病毒治疗 C. 保肝药物治疗

D. 补充维生素 E. 免疫治疗

答案: A

19. 患儿，男性，10 岁，因发热 40.2℃ 入院，诊断为：流行性乙型脑炎，针对该患儿的高热，护理措施是()

- A. 严格限制钠盐摄入
- B. 早期足量给予脱水治疗
- C. 以药物降温为主，无效时给予物理降温
- D. 以物理降温为主，可用小量阿司匹林
- E. 密切观察低钾的表现

答案：D

20. 患儿，女性，5 岁，因吃不洁食物后突起高热、抽搐、昏迷收入院，确诊为中毒性细菌性痢疾，其护理要点不包括()

- A. 观察生命体征
- B. 做好抢救的准备
- C. 防止肛门和直肠脱垂
- D. 记录大便次数、性状
- E. 用药前做大便培养

答案：C

21. 患者，女性，25 岁，因尿路感染入院，拟做清洁中段尿培养，为提高尿细菌培养阳性率，以下注意事项中错误的是()

- A. 使用抗生素前留尿
- B. 停用抗生素 5 天后留尿
- C. 尿液在膀胱内停留 6-8 小时
- D. 清洁外阴后留中段尿于无菌试管内
- E. 采集尿标本前多饮水

答案：E

22. 患者，女性，18 岁，诊断为缺铁性贫血入院。护士为其进行饮食指导最恰当的食物组合是()

- A. 鱼、咖啡
- B. 瘦肉、牛奶
- C. 羊肝、橙汁
- D. 鸡蛋、可乐
- E. 豆腐、绿茶

答案：C

23. 患者，女性，20 岁，因再生障碍性贫血给予丙酸睾酮注射治疗 1 个月余，护士每次在为患者进行肌肉注射前首先检查()

- A. 注射部位是否存在硬块
- B. 面部有无痤疮
- C. 有无毛发增多
- D. 有无皮肤粘膜出血
- E. 口唇、甲床的苍白程度

答案：A

24. 患者，女性，30 岁，因近 1 个月脾气暴躁、怕热、多汗、多食、失眠就诊诊断为甲状腺功能亢进症，用甲硫咪唑治疗，护士应观察的不良反应是()

- A. 红细胞减少
- B. 粒细胞减少
- C. 骨质疏松
- D. 声音嘶哑
- E. 甲状腺功能低下

答案：B

25. 患者，女性，55 岁，有糖尿病史 16 年，突发糖尿病酮症酸中毒，此时患者呼吸的气味是()

- A. 烂苹果味
- B. 芳香味
- C. 大蒜味
- D. 氨臭味
- E. 肝腥味

答案：A

26. 患者，男性，40 岁，大面积烧伤 8 小时，已静脉输液 3000ml，判断其血容量是否补足的简便、可靠的指标是()

- A. 脉搏
- B. 呼吸
- C. 血压
- D. 尿量
- E. 中心静脉压

答案：D

27. 患者，男性，30 岁，由于车祸撞伤腹部，患者诉腹痛难忍，伴恶心、呕吐，X 线腹透可见膈下游离气体，诊断为胃肠道外伤性穿孔。以下处理不正确的是()

- A. 禁食、输液
- B. 给予吗啡镇痛
- C. 胃肠减压
- D. 尽快术前准备
- E. 应用大剂量抗生素

答案：B

28. 患者，女性，32 岁，小腿骨折行石膏绷带包扎后出现足部轻度肿胀，脚趾疼痛，皮温略降低，足背动脉搏动减弱，应首先采取的措施是()

- A. 注意保暖
- B. 给予止痛药
- C. 抬高患肢
- D. 做下肢被动运动
- E. 适当松解石膏绷带

答案：E

29. 患者，男性，15 岁，在打篮球时不慎肘关节脱位，入院后给予复位和夹板固定。在固定期间进行的功能锻炼时不正确的是()

- A. 做伸掌、握拳运动
- B. 做腕关节活动
- C. 观察患肢血液循环
- D. 锻炼肘关节的屈伸、前臂旋转活动
- E. 观察手指的感觉

答案：D

30. 患者，女性，45 岁，因左侧乳腺癌行乳腺癌改良根治术，术后护理措施不正确的是()

- A. 早期活动患肢
- B. 抬高患侧上肢
- C. 患侧胸壁加压包扎
- D. 不在患侧上肢测血压
- E. 保持引流管通畅

答案：A

31. 患者，女性，30 岁，慢性肾小球肾炎，为减轻肾小球的高灌注、高压、高滤过状态，其饮食应选择()

- A. 普通蛋白饮食即可
- B. 低蛋白低磷低钠饮食
- C. 高蛋白饮食
- D. 高蛋白低钠饮食
- E. 高蛋白低磷饮食

答案：B

32. 患者，男性，36 岁，急救入院后患者呼吸由浅慢逐渐加深加快，又由深快逐渐变为浅慢，暂停 30 秒后再度出现上述状态的呼吸。该患者的呼吸是()

- A. 间断呼吸
- B. 潮式呼吸
- C. 毕奥呼吸
- D. 鼾声呼吸
- E. 呼吸困难

答案：B

33. 患者，女性，53 岁，因哮喘急性发作，急诊护士在入院初步护理中，不妥的是()

- A. 护士自我介绍，消除陌生感
- B. 立即给患者氧气吸入
- C. 安慰患者，减轻焦虑
- D. 详细介绍环境及规章制度
- E. 通知医生，给予诊治

答案：D

34. 患者，女性，27 岁，急性阑尾炎术后，医嘱予静脉输液 800ml，病区护士为其计划 4 小时滴完(点滴系数为 15)，则该护士为其调节的输液速约为()

- A. 13 滴/分
- B. 33 滴/分
- C. 50 滴/分
- D. 70 滴/分
- E. 85 滴/分

答案：C

35. 患者，男性，45 岁，初步诊断为“糖尿病”，需做尿糖定量检查，为保持尿液化学成分不变，尿标本中需加入()

- A. 浓盐酸
- B. 甲苯
- C. 甲醛
- D. 草酸
- E. 乙醇

答案：B

36. 患者，女性，60 岁，宫颈癌末期，常常自语“这不公平，为什么是我？！”出现这种心理反应，提示患者处于()

- A. 接受期 B. 否认期 C. 愤怒期 D. 协议期 E. 忧郁期

答案：C

37. 患者，男性，68 岁，因间歇、无痛性肉眼血尿诊断为膀胱癌入院。诊断膀胱癌最可靠的方法是()

- A. B 超 B. 双合诊 C. 血尿和膀胱刺激征
D. 尿脱落细胞学检查 E. 膀胱镜和活组织检查

答案：E

38. 患者，男性，68 岁，患脑血管意外，昏迷已半年，长期鼻饲。在护理操作中，下列措施不妥的是()

- A. 每日做口腔护理 2~3 次
B. 每次鼻饲间隔时间不少于 2 小时
C. 注入流质或药物前要检查胃管是否在胃中
D. 所有灌注物品应每日消毒 1 次
E. 胃管应每日更换，晚上拔出，次晨再由另一鼻孔插入

答案：E

39. 患儿，男性，6 岁，确诊再生障碍性贫血 3 个月，患者因并发贫血、皮肤瘀点和瘀斑入院，现患者高热不退，且时有抽搐。下列降温措施中合适的物理降温措施是()

- A. 肛塞退热栓 B. 酒精擦浴 C. 喝冰橙汁
D. 头部及大血管处放置冰袋 E. 洗凉水澡

答案：D

40. 患者，女性，50 岁，因急性支气管炎遵医嘱用青霉素治疗，用药 9 日，出现发热、关节肿痛、全身淋巴结肿大、腹痛。应考虑为()

- A. 消化系统过敏反应 B. 皮肤过敏反应
C. 血清病型反应
D. 合并流行性感冒 E. 注射部位感染致全身反应

答案：C

附件 2

中职组护理技能赛项技术规范

1. 第一赛道：呼吸心跳骤停患者救护（心肺复苏+静脉输液）

完成时间：15 分钟内完成

考核资源：

(A) 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。

(B) 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%氯化钠溶液 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、输液执行单、输液执行记录卡；③治疗车、速干手消毒剂及挂架、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、口罩；④输液架；⑤剪刀；⑥静脉输液仿真手臂；⑦标准化患者。

技术规范

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）	
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	· 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 · 取得除颤仪（或 AED）及急救设备（或请旁人帮忙获得）（口述）
	安置体位	· 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	· 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	· 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	· 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，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	操作 5 个循环后，判断并报告复苏效果 · 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	· 整理用物，分类放置 · 六步洗手，记录患者病情变化和抢救情况
患者复苏成功，遵医嘱给予患者静脉输液		
静脉输液操作过程	评估解释	· 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 · 六步洗手、戴口罩
	核对检查	· 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	· 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	· 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	· 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	· 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	· 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	· 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	· 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	· 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 · 六步洗手，记录输液执行记录卡
	停止输液	· 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 · 六步洗手，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	· 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	· 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

2. 第二赛道：老年患者跌倒的照护（右踝关节扭伤包扎+轮椅运送）

完成时间：15 分钟内完成

考核资源：

(A) 右踝关节扭伤包扎技术：①治疗盘（小号）：弹力绷带（自带绷带扣）、医用胶带；②记录单、治疗车、速干手消毒剂、医疗垃圾桶、生活垃圾桶；③支腿架；④标准化患者。

(B) 轮椅运送技术：①轮椅；②治疗车、速干手消毒剂；③标准化患者。

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）	
老人不慎跌倒，右脚扭伤，遵医嘱给予患者右踝关节局部包扎固定		

右踝关节扭伤包扎技术操作过程	评估患者	· 判断意识，确认患者意识清楚能够配合护士工作 · 评估周围环境是否安全 · 称呼患者 · 评估模拟患者伤情：有无肿胀、触痛、踝关节不稳定、畸形等，报告结果
	安慰患者	· 表情专著，认真听取患者的倾诉，在倾听过程中做出合适的语言及肢体回应 · 态度诚恳：注意自己的面部表情变化，避免因不恰当的表情引起患者的猜疑和误解 · 安慰患者：给予关心、安抚，做好患者的心理疏导，给予支持 · 根据患者的具体情况使用通俗易懂的语言（避免使用专业术语向患者解释，并取得患者的合作
	安置体位	· 协助患者取坐位、患肢抬高 · 六步洗手
	绷带 8 字型包扎	· 绷带自患肢足背至足弓缠绕 2 圈 · 经足背-足踝骨内侧、外侧-足背-足弓行 8 字型缠绕，如此再重复缠绕 2 次，每一圈覆盖前一圈的 1/2-2/3 · 于足踝骨上方、足腕部做环绕 2 圈（注意不要压住足踝骨） · 固定好绷带 · 检查确保包扎牢固且松紧适宜
	安置整理	· 撤除用物，安置好患者（患肢抬高）
	健康宣教	· 跌倒预防的宣教 · 包扎后注意事项的宣教 · 根据患者的具体情况使用通俗易懂的语言进行宣教（避免使用专业术语）
	洗手记录	· 六步洗手 · 记录伤肢情况及包扎日期和时间
包扎后将患者转移到轮椅上，送患者做进一步检查		
轮椅运送操作过程	评估解释	· 评估患者跌倒后包扎情况、肢体活动度 · 向患者解释（使用轮椅的目的、方法及配合）并取得合作 · 评估患者周围环境（安全、地面无湿滑、无障碍物）
	固定轮椅	· 检查轮椅的性能：刹车是否灵敏，坐垫、靠背、手把是否完好，车轮充气是否充足，脚踏板是否完好，安全带是否完好 · 将轮椅推至患者健侧合适位置 · 拉起车闸，固定轮椅 · 收起踏脚板

	协助坐椅	· 用膝关节内侧抵住患者膝关节的外侧 · 嘱患者将手放置于护士肩上 · 两手臂穿过患者腋下，环抱其腰部夹紧，两人身体靠近 · 屈膝并嘱患者抬臀、伸膝时同时站起 · 以自己的身体为轴转动，将患者移至轮椅上 · 放下脚踏板，将患者脚放于脚踏板上，确保患者患肢放置合理 · 用束腰带保护患者安全
	保证安全	· 嘱患者扶稳轮椅的扶手，尽量靠后坐 · 勿向前倾身或自行下车，以免跌倒
	松闸推车	· 确定患者无不适后，松开车闸（口述）
	推至目的地	· 推患者至目的地，运送途中，随时观察、询问患者，确保安全（口述）
综合评价	人文关怀	· 注意保护患者安全 · 注意职业防护 · 沟通有效、充分体现人文关怀 · 操作中注重患者感受 · 健康宣教有针对性
	关键环节	· 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 · 患者肢体放置合理 · 注意遵循节力原则

附件 3

中职组护理技能赛项技术操作评分标准

准备时间：15 分钟（技术操作的用物一次准备齐全）

1. 第一赛道：呼吸心跳骤停患者救护（心肺复苏+静脉输液）

完成时间：15 分钟内完成

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 15 分	判断与呼救 (2 分)	· 检查患者有无反应	0.5	
		· 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	0.5	
		· 确认患者意识丧失，立即呼叫，启动应急反应系统	0.5	
		· 取得除颤仪（或 AED）及急救设备（或请旁人帮忙获得）（口述）	0.5	
	安置体位 (1.5 分)	· 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 0.5	
	心脏按压 (3.5 分)	· 在患者一侧，解开衣领、腰带，暴露患者胸腹部	0.5	
		· 按压部位：患者胸部中央，胸骨下半部	0.5	
		· 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	0.5	
		· 按压深度：5~6cm	0.5	
		· 按压速率：100~120 次/min	0.5	
		· 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）	0.5	
		· 尽量不要按压中断：中断时间控制在 10s 内	0.5	

	开放气道 (1分)	· 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 (2.5分)	· 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, 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 0.5 0.5	
	判断复苏效果 (3.5分)	操作 5 个循环后, 判断并报告复苏效果 · 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 0.5 1 0.5 0.5	
	整理记录 (1分)	· 整理用物, 分类放置 · 六步洗手, 记录患者病情变化和抢救情况	0.5 0.5	
静脉输液操作过程 20分	评估解释 (2分)	· 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 · 六步洗手、戴口罩	0.5 0.5 0.5 0.5	
	核对检查 (1.5分)	· 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 (2分)	· 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	0.5 1 0.5	
	核对解释 (1分)	· 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)	· 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)	· 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)	· 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)	· 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)	· 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)	· 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 · 六步洗手，记录输液执行记录卡	0.5 0.5	
	停止输液 (3分)	· 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 · 六步洗手，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	
综合评价	人文关怀 (3分)	· 注意保护患者安全 · 职业防护 · 沟通有效 · 充分体现人文关怀	1 0.5 0.5 1	

9 分	关键环节 (6 分)	· 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	0.5 4 0.5 0.5 0.5	
操作时间	-----分钟			
项目总分			45	
选手得分				

裁判签名：

第二赛道：老年患者跌倒的照护（右踝关节扭伤包扎+轮椅运送）

完成时间：15 分钟内完成

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	
右踝关节扭伤包	评估患者 (3 分)	· 判断意识，确认患者意识清楚能够配合护士工作 · 评估周围环境是否安全 · 称呼患者 · 评估模拟患者伤情：有无肿胀、触痛、踝关节不稳定、畸形等，报告结果	1 0.5 0.5 1	

扎技术操作过程 19分	安慰患者 (2分)	· 表情专著，认真听取患者的倾诉，在倾听过程中做出合适的语言及肢体回应 · 态度诚恳：注意自己的面部表情变化，避免因不恰当的表情引起患者的猜疑和误解 · 安慰患者：给予关心、安抚，做好患者的心理疏导，给予支持 · 根据患者的具体情况使用通俗易懂的语言（避免使用专业术语向患者解释，并取得患者的合作	0.5 0.5 0.5 0.5	
	安置体位 (2分)	· 协助患者取坐位、患肢抬高 · 六步洗手	1.5 0.5	
	绷带8字型包扎 (7分)	· 绷带自患肢足背至足弓缠绕2圈 · 经足背-足踝骨内侧、外侧-足背-足弓行8字型缠绕，如此再重复缠绕2次，每一圈覆盖前一圈的1/2-2/3 · 于足踝骨上方、足腕部做环绕2圈（注意不要压住足踝骨） · 固定好绷带 · 检查确保包扎牢固且松紧适宜	1 2.5 1.5 1 1	
	安置整理 (1分)	· 撤除用物，安置好患者（患肢抬高）	1	
	健康宣教 (3分)	· 跌倒预防的宣教 · 包扎后注意事项的宣教 · 根据患者的具体情况使用通俗易懂的语言进行宣教（避免使用专业术语）	1 1 1	
	洗手记录 (1分)	· 六步洗手 · 记录伤肢情况及包扎日期和时间	0.5 0.5	
轮椅运送操作过程 18分	评估解释 (3分)	· 评估患者跌倒后包扎情况、肢体活动度 · 向患者解释（使用轮椅的目的、方法及配合）并取得合作 · 评估患者周围环境（安全、地面无湿滑、无障碍物）	1 1 1	
	检查并固定轮椅 (4分)	· 检查轮椅的性能：刹车是否灵敏，坐垫、靠背、手把是否完好，车轮充气是否充足，脚踏板是否完好 · 将轮椅推至患者健侧合适位置 · 拉起车闸，固定轮椅， · 收起踏脚板	2.5 0.5 0.5 0.5	

	协助坐椅 (7分)	· 用膝关节内侧抵住患者膝关节的外侧 · 嘱患者将手放置于护士肩上 · 两手臂穿过患者腋下，环抱其腰部夹紧，两人身体靠近 · 屈膝并嘱患者抬臀、伸膝时同时站起 · 以自己的身体为轴转动，将患者移至轮椅上 · 放下脚踏板，将患者脚放于脚踏板上，确保患者患肢放置合理 · 用束腰带保护患者安全	1 1 1 1 1 1 1	
	保证安全 (2分)	· 嘱患者扶稳轮椅的扶手，尽量靠后坐 · 勿向前倾身或自行下车，以免跌倒	1 1	
	松闸推车 (1分)	· 确定患者无不适后，松开车闸（口述）	1	
	推至目的地 (1分)	· 推患者至目的地，运送途中，随时观察、询问患者，确保安全（口述） 报告操作完毕（计时结束）	1	
综合评价 7分	人文关怀 (3分)	· 注意保护患者安全 · 注意职业防护 · 沟通有效、充分体现人文关怀 · 操作中注重患者感受 · 健康宣教有针对性	1 0.5 0.5 0.5 0.5	
	关键环节 (4分)	· 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 · 患者肢体放置合理 · 注意遵循节力原则	1 1 1 1	
操作时间		-----分钟		
项目总分			45	
选手得分				

裁判签名：

附件 4

高职护理技能竞赛理论笔答样题

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。

1-4 题共用题干

为给患者提供一个适合其恢复身心健康的环境，要考虑到环境的舒适性及安全性，其中舒适感首先来自医院良好的物理环境。

1.治疗性环境要求的适宜温度是（ ）

- A. 24℃-25℃ B. 23℃-25℃ C. 21℃-24℃ D. 18℃-22℃ E. 16℃-22℃

答案：D

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. 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

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, 男性, 21 岁, 因外出春游出现咳嗽, 咳白色粘痰伴哮喘 1 天入院。体温 36.6°C, 脉搏 90 次/分, 呼吸 28 次/分, 血压 120/80mmHg, 肺部可闻及广泛哮鸣音, 既往有哮喘史。

9. 该患者最可能的诊断是 ()

- A. 肺炎 B. 支气管扩张 C. 慢性支气管炎 D. 支气管哮喘 E. 肺心病

答案: D

10. 该患者哮喘发作最可能的诱因是 ()

- A. 花粉 B. 动物的毛屑 C. 尘螨 D. 病毒感染 E. 精神因素

答案: A

11. 患者出现呼吸困难, 有轻微发绀, 神志清楚。该患者属于哪种呼吸困难 ()

- A. 喘息性 B. 呼气性 C. 吸气性 D. 浮浅性 E. 混合性

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

患者，男性，25 岁，体重 57kg，2 周来反复呕吐、腹泻，曾在当地医院输液治疗（具体不详）近一周感乏力、头昏、手足麻木。查体：血压 90/60mmHg，脉搏 88 次/分，呼吸 22 次/分，血钾 3.7mmol/L，血钠 130mmol/L。

15. 该患者最有可能的诊断是（ ）

- A. 轻度低渗性缺水 B. 中度低渗性缺水 C. 重度低渗性缺水 D. 代谢性酸中毒
E. 低钾血症

答案：A

16. 给予补液治疗，首先补下列哪种液体（ ）

- A. 羟乙基淀粉 B. 5%葡萄糖盐溶液 C. 等渗盐水溶液 D. 血浆 E. 10%GS

答案：B

17. 给患者补钠治疗，补钠的量应该是（ ）

- A. 6g B. 8g C. 10g D. 12g E. 15g

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

患者，女性，59 岁，已确诊为肺癌早期无远处转移；患者已知道自己的病情，四处求医，寻找偏方。

23. 该患者的心理反应属于（ ）

- A. 接受期 B. 磋商期 C. 愤怒期 D. 抑郁期 E. 震惊否认期

答案：B

24. 该患者首选的治疗方法应是（ ）

- A. 手术治疗 B. 放射治疗 C. 化学治疗 D. 中医药治疗 E. 生物治疗

答案：A

25. 该患者肿瘤定性诊断的检查是（ ）

- A. 影像学检查 B. 实验室检查 C. 内镜检查
D. 病理学检查 E. B 超检查

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，32 岁，饱餐、酗酒后数小时，上腹部持续性剧痛并向左肩、腰背部放射，伴恶心、呕吐 4 小时来医院急诊。最有助于拟诊的检查是（ ）

A. 血常规 B. 尿常规 C. X 线 D. 血清淀粉酶 E. B 超

答案：D

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

高职组护理技能赛项技术操作规范

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）

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、速干手消毒剂及挂架、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、速干手消毒剂及挂架、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	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 程 序	判断与 呼救	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	操作 5 个循环后，判断并报告复苏效果 • 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	• 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	• 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	• 安置患者舒适的仰卧位
	连接电源开机	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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
静脉输液操作过程	心电图判读	• 根据所给常见异常心电图图示，进行准确判读
	评估解释	• 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	• 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	• 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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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

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）

完成时间：15 分钟内完成考核资源：

(A) 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。

(B) 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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
综合评价	人文关怀	• 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
	关键环节	• 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 6

高职组护理技能赛项技术操作评分标准

1. 第一赛道：呼吸心跳骤停患者救护（心肺复苏+心电监测+静脉输液）

技术操作流程及评分标准

准备时间：20 分钟 完成时间：20 分钟内完成选手赛位号： 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)	• 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)	0.5 0.5 0.5 0.5	
	安置体位 (1 分)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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 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 • 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 0.5 1 0.5	
	整理记录 (1 分)	• 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)	• 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 0.5 0.5	
	舒适体位 (0.5 分)	• 安置患者舒适的仰卧位	0.5	
	连接电源 开机 (0.5 分)	• 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)	• 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)	- 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 0.5	
	SpO ₂ 和血压 监测 (2 分)	- 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 0.5	
	设定参数 (0.5 分)	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)	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)	根据所给常见异常心电图图示，进行准确判读	0.5	
静脉 输液 操作 过程 19 分	评估解释 (1.5 分)	- 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)	- 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)	- 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)	- 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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 - 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	1 4 0.5 0.5 0.5 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）

技术操作流程及评分标准

准备时间：15分钟

完成时间：15分钟内完成选手赛位号：

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） - 向患者或家属解释并取得合作	0.5 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、SpO₂ - 七步洗手、戴口罩 - 肺部听诊痰鸣音(带听诊器)，部位正	0.5 0.5 0.5	

		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	
气道湿化操作过程 5.5分	安置体位 (1分)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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)	• 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		• 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)	• 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	
	整理记录 (2.5 分)	• 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)	• 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)	• 临床思维：根据案例，护理措施全面正确	1	
		• 程序整齐、操作熟练、动作轻柔	1	
		• 注意遵循节力原则	0.5	
		• 无菌观念强	1	
		• 垃圾分类处理	0.5	
操作时间		_____分钟		
项目总分			40	
选手得分				

