

## 一、考核目标与要求

1

2

1

2

## 二、考试范围与要求

,

20

:

1

2

( )

3

4

5

6

7

8

9

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

## 一、考试选拔对象及范围

## 二、考试形式、结构及难易度

1.

90

2.

210

1.

90

90

2.

:

: =4 : 4 1 : 1

## 三、考试内容及总体要求

:

35

14

( )

15

5

3

A

B

C

D

### 专业基础知识考试相关疾病说明

疾病	要求	难易度
急性阑尾炎	了解阑尾的解剖生理概要、急性阑尾炎的病因、病理；	A
	熟悉急性阑尾炎的处理原则	B
	学会运用相关知识对急性阑尾炎病人进行正确护理评估	C
	掌握急性阑尾炎的护理诊断、护理措施	D
肠梗阻	了解肠梗阻的病因与分类；	A
	熟悉了解肠梗阻的病理、生理变化。	B
	学会运用相关知识肠梗阻病人进行正确护理评估	C

	掌握肠梗阻处理原则与护理要点	D
心脏骤停	了解心脏骤停的常见病因与病理生理	A
	熟悉心脏骤停的临床表现	B
	学会运用医学知识对心脏骤停做出准确判断。	C
	掌握心脏骤停的急救原则和急救护理	D
胆道 感染	了解胆管解剖生理特点	A
	熟悉胆道感染的处理原则	B
	学会运用医学知识对胆道感染做出正确护理评估	C
	掌握胆道感染护理措施和 T 管引流护理	D
急腹症	了解急腹症的病理生理	A
	熟悉急腹症的临床表现、鉴别要点及处理	B
	学会运用医学知识对急腹症做出正确护理评估	C
	掌握急腹症护理措施	D
良性前列腺 增生	了解前列腺解剖生理特点	A
	熟悉良性前列腺增生的典型表现	B
	学会运用医学知识对良性前列腺增生做出正确护理评估	C
	掌握良性前列腺增生护理措施	D
创伤	了解创伤分类、创伤性局部炎症反应全身性反应及修复	A
	熟悉创伤的临床表现、愈合类型以及影响创伤愈合的因素	B
	学会运用医学知识对创面做出清创处理	C
	掌握创伤的护理与换药的基本原则	D
烧伤	了解烧伤的病理生理	A
	熟悉烧伤面积、深度的估算以及烧伤的处理原则	B
	学会对烧伤患者采用正确液体疗法	C
	掌握烧伤患者的急救护理	D
肋骨 骨折	了解肋骨解剖生理特点和肋骨骨折分类	A
	熟悉肋骨骨折的好发部位	B
	学会运用医学知识对肋骨骨折做出正确护理评估	C
	掌握多根多处肋骨骨折的临床特点与急救护理措施	D

破伤风	了解破伤风的病因和病理生理	A
	熟悉破伤风典型的临床表现	B
	学会运用医学知识对破伤风做出正确护理评估	C
	掌握破伤风的护理及预防措施	D
原发性 支气管 肺癌	了解支气管、肺部解剖生理	A
	熟悉肺癌的概念、病因、病理分类	B
	学会运用医学知识对肺癌做出正确护理评估	C
	掌握肺癌的护理措施	D
食管癌	了解食管解剖生理	A
	熟悉食管癌的概念、病因、病理分类	B
	学会运用医学知识对食管癌做出正确护理评估	C
	掌握食管癌术后的护理措施	D
原发性肝癌	了解肝脏解剖生理特点	A
	熟悉原发性肝癌的概念、病因、病理分类	B
	学会运用医学知识对原发性肝癌做出正确护理评估	C
	掌握原发性肝癌的护理措施	D
大肠癌	了解结肠、直肠解剖生理特点	A
	熟悉结、直肠癌的处理原则	B
	学会运用医学知识对大肠癌做出正确护理评估	C
	掌握结肠造口护理	D
乳腺癌	了解乳房的解剖生理及淋巴回流	A
	熟悉乳腺癌的病因、病理分型、转移途径、临床分期、鉴别诊断及处理原则	B
	学会运用医学知识对乳腺癌做出正确护理评估	C
	掌握乳腺癌病人的护理措施及健康宣教	D
高血 压病	了解高血压的病因、分类	A
	熟悉高血压的病理生理变化	B
	学会运用相关知识对高血压病人进行正确护理评估	C
	掌握高血压的护理诊断、护理措施和健康教育	D
冠状动脉粥样硬化性心脏病	了解冠心病的病因和分类	A



样硬化性 心脏病	熟悉冠心病的病理生理变化	B
	学会运用相关知识对冠心病病人进行正确护理评估	C
	掌握冠心病的临床特点、处理原则和护理要点	D
消化性溃疡	了解消化性溃疡的概念和发病机制	A
	熟悉消化性溃疡的临床表现和并发症	B
	学会运用相关知识对消化性溃疡病人进行正确护理评估	C
	掌握消化性溃疡的护理诊断、护理措施和健康教育	D
肝硬化 (含门静脉 高压)	了解肝硬化的概念和发病机制	A
	熟悉肝硬化的临床表现和并发症	B
	学会运用相关知识对肝硬化病人进行正确护理评估	C
	掌握肝硬化的护理诊断、护理措施和健康教育	D
肝性 脑病	了解肝性脑病的概念和发病机制	A
	熟悉肝性脑病的病因、诱因和临床表现	B
	学会运用相关知识对肝性脑病人进行正确护理评估	C
	掌握肝性脑病的护理诊断、护理措施和健康教育	D
肺炎	了解肺炎的病因和分类	A
	熟悉肺炎的症状体征和治疗要点	B
	学会运用相关知识对肺炎病人进行正确护理评估	C
	掌握肺炎的护理诊断、护理措施、健康教育和休克型肺炎的护理	D
慢性阻塞性 肺疾病	了解慢性阻塞性肺疾病的病因和发病机制	A
	熟悉慢性阻塞性肺疾病的症状体征和治疗要点	B
	学会运用相关知识对慢性阻塞性肺疾病病人进行正确护理评估	C
	掌握慢性阻塞性肺疾病的护理诊断、护理措施、健康教育和 COPD 的呼吸功能锻炼方法	D
支气管哮喘	了解支气管哮喘的概念和病因	A
	熟悉支气管哮喘的症状体征和治疗要点	B
	学会运用相关知识对支气管哮喘病人进行正确护理评估	C
	掌握支气管哮喘的护理诊断、护理措施和健康教育	D
慢性肺源性	了解慢性慢性肺源性心脏病的病因和发病机制	A

心脏病	熟悉慢性肺源性心脏病的症状体征和治疗要点	B
	学会运用相关知识对慢性肺源性心脏病病人进行正确护理评估	C
	掌握慢性肺源性心脏病的护理诊断、护理措施、健康教育和慢性肺源性心脏病的氧疗护理	D
肾小球肾炎	了解肾小球肾炎的概述和分类	A
	熟悉肾小球肾炎的病理生理变化	B
	学会运用相关知识对肾小球肾炎病人进行正确护理评估	C
	掌握肾小球肾炎的护理诊断、护理措施和健康教育	D
肾病综合征	了解肾病综合征的概念和病因	A
	熟悉肾病综合征的病理生理变化	B
	学会运用相关知识对肾病综合征病人进行正确护理评估	C
	掌握肾病综合征的护理诊断、护理措施和健康教育	D
白血病	了解白血病的概念和分类	A
	熟悉白血病的症状体征和化疗治疗	B
	学会运用相关知识对白血病病人进行正确护理评估	C
	掌握白血病的护理诊断、护理措施和健康教育	D
正常分娩	掌握影响分娩的因素；	A
	理解枕先露的分娩机制	B
	掌握临产的诊断和产程分期	C
	学会分娩期不同产程产妇的护理	D
正常产褥	熟悉了解产褥期的生理及心理变化；	A
	学会产褥期产妇的护理。	B
	了解新生儿的护理	A
	了解母乳喂养的优点和措施	A
妊娠期高血压疾病	掌握妊娠高血压的病理改变和临床表现	C
	理解相关辅助检查	A
	掌握子痫前期的处理要点	B
	学会子痫及子痫前期病人的护理要点	C
异位妊娠	了解异位妊娠原因，掌握好发部位	A
	掌握临床表现和重要的辅助检查方法	B

	理解处理要点	A
	学会护理措施及健康教育	A
产褥感染	掌握产褥感染的概念，了解健康史	A
	掌握产褥感染的临床表现	C
	了解必做的辅助检查和处理要点	A
	学会产褥感染的护理措施和健康指导	A
正常新生儿	了解正常新生儿的外观特点	A
	熟悉正常新生儿的生理特点	B
	学会运用正常新生儿的有关特点对新生儿进行护理评估	C
	掌握正常新生儿的护理措施	D
新生儿窒息	了解新生儿窒息的病因	A
	熟悉新生儿窒息的临床特点及 Apgar 评分	B
	学会运用所学急救知识对窒息新生儿进行心肺复苏	C
	掌握新生儿窒息的护理措施	D
新生儿缺氧缺血性脑病	了解新生儿缺氧缺血性脑病的病理生理	A
	熟悉新生儿缺氧性脑病的病因、特点及分度	B
	学会运用所学医学知识对新生儿缺氧性脑病进行护理评估	C
	掌握新生儿缺氧缺血性脑病的护理措施	D
糖尿病	了解糖尿病的病理生理	D
	熟悉糖尿病的病因、表现及治疗原则	A
	学会运用所学医学知识对糖尿病进行护理评估	C
	掌握糖尿病的护理措施	D
脑血管病	了解脑血管病的分类	A
	熟悉脑血管病的表现	B
	学会运用所学医学脑血管病进行护理评估	C
	掌握脑血管病的护理措施	D

$$\begin{array}{ccccc} A_1 & A_2 & A_3/A_4 & & A_2 & A_3/A_4 \\ & & & & : & : \end{array}$$

$$: = 4 : 4 : 1 : 1$$

$$A_1 \quad ( \quad ) \quad A_1$$

$$A_1 \quad :$$

$$^*$$

$$A$$

$$B$$

$$C$$

$$D$$

$$E$$

$$A_2 \quad \quad \quad A_2$$

$$A_2 \quad :$$

$$^* \quad \quad \quad 48 \quad \quad \quad 3$$

$$A$$

$$B$$

$$C$$

$$D$$

E

A3

A3

2 3

A3

:

1 3

25

5

1

(+)

1

A

B

C

D

E

2

2

A

B

C

D

E

3. 6 38.2℃

A

B

C

D

E

A4

A4

4 6

A4 :

1 3 63

10

1

A

B

C

D X

E

2

A

B 啰

C

D

E

3

A B

B

C X

D MRI

E

4 [ ]

A

B

C

D

E

:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.



2018

12

1

2019

20

1

210

## 1. 无菌技术基本操作

项目		技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁, 仪表符合要求 语言流畅, 态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者病情, 损伤部位, 伤口出血等情况	6	
	环境	操作环境应清洁、干燥、宽敞; 操作前 30min 应停止清扫 工作, 减少走动, 防止尘埃飞扬	4	
	用物	(1) 无菌用物: 无菌持物钳、无菌巾包、无菌容器及物 品、无菌溶液、无菌手套、消毒液、棉签、手消毒 液 (2) 非无菌物品: 治疗盘、弯盘、湿纱布、启瓶器、记 录纸、笔 (3) 污物桶 检查物品完好齐全 (缺 1 项减 1 分)	8	
		无菌物品均在有效期内, 包装无破损, 包布无潮湿	4	
		修剪指甲, 洗手, 戴口罩 (此步骤计时开始)	4	
操作 步骤 (150 分)	无菌包 使用	将治疗盘放置操作台上, 合理排放物品	4	
		检查无菌包名称、灭菌日期、化学指示胶带、包布无潮湿	6	
		打开无菌包于清洁干燥处	4	
		自包布外角→左角→右角→内角的顺序打开, 若双层包裹 的无菌包, 内层无菌巾用无菌持物钳打开	8	
		检查并取出内置化学指示条	2	
		取、放无菌持物钳 (镊) 时, 钳端应闭合向下, 用后立即 放回容器内	4	
		用无菌持物钳取治疗巾放于治疗盘内	4	
		包内剩余物品, 按原折痕包好	6	
		注明开包日期及时间	4	
	铺无 菌盘	将取出的治疗巾双折铺于治疗盘上	4	
		上层向远端扇形折叠, 开口边缘向外	4	
		放置无菌物品	2	
		展开扇形折叠层, 盖住物品, 上下层边缘对齐	6	
		开口边缘向上反折 2 次, 两侧边缘向下反折 1 次, 备用	6	
		注明铺盘日期及时间	4	
	取用 无菌 溶液	检查无菌包名称、灭菌日期、化学指示胶带、包布无潮湿	4	
		打开无菌包, 将无菌容器放于操作台上	4	
		核对检查无菌溶液	4	

		消毒瓶盖及边缘	4	
		正确开启瓶盖，开盖时手不可触及瓶口及瓶盖内面	4	
		标签朝上，倒出少许溶液冲洗瓶口	6	
		再由原处倒出适量溶液（约 100ml）于无菌治疗碗内	6	
		及时盖好瓶盖	4	
		注明开瓶日期及时间	4	
		手持无菌容器时，应托住底部	4	
	戴脱 无菌 手套	戴手套：核对手套号码、灭菌日期	4	
		双手分别捏住袋口外层，打开，持手套翻折部分（手套内面），取出手套，一手对准五指戴上	6	
		将戴好手套的手插入另一手套的翻折面（手套外面），同法将手套戴好	4	
		将手套的翻折部分套在工作服袖外	4	
		双手对合交叉调整手套的位置	2	
		检查手套有无破损	2	
		戴手套的手应保持在腰部水平以上，视线范围以内	4	
		脱手套：脱手套前洗净血渍、污物	4	
		戴手套的手捏住另一手套口的外面翻转脱下，手套清洁面向外翻转，脱下手套，弃入医用垃圾袋	6	
		用物整理，洗手（此步骤计时结束）	2	
评价 (30 分)	效果	物品摆放及操作中遵守无菌操作原则，保证无菌物品、无菌溶液、无菌容器未受污染	6	
	操作	无菌观念强，污染 1 次减 3 分	8	
		操作规范、熟练、流畅，全过程稳、准、轻、快	8	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 10min，每超 30s 减 1 分，超过 3min 停止操作	4	
得分			210	

## 2.

项 目	技 术 操 作 要 求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)	着装整洁，仪表符合要求 语言流畅，态度和蔼	4	

操作前准备 (26分)	患者	评估患者的病情、意识状态、口腔状况，与患者家属解释该项操作的相关事项，征得同意	8	
	环境	安静、整洁、温湿度适宜、光线充足	4	
	用物	(1) 治疗盘：治疗碗(内盛浸有漱口溶液棉球 23 个、弯血管钳 1 把)、干毛巾、弯盘、石蜡油或润唇膏、棉签、冰硼散、手电筒，另备 1 治疗碗(内放压舌板、张口器,上盖无菌纱布)，记录单，笔，手消毒液 (2) 软枕 2 个 (3) 消毒液浸泡桶、污物桶 检查物品完好齐全（缺 1 项减 1 分）	6	
		无菌物品均在有效期内，包装无破损	4	
	护士	修剪指甲，洗手，戴口罩（此步骤计时开始）	4	
操作步骤 (150分)	安置卧位	携用物至床边，核对，告知患者家属操作目的及相关注意事项	4	
		协助患者取侧卧位头偏向一侧，在背部和两膝之间各垫一软枕	4	
		护士立于患者右侧，取毛巾围至颈部及枕上	4	
		弯盘放于口角旁	2	
	擦洗牙齿外面	夹漱口溶液浸湿的棉球擦净上下口唇及口角	4	
		一手持手电筒，一手用压舌板撑开颊部，观察口腔情况	4	
		用压舌板轻轻撑开左侧颊部	4	
		以弯血管钳夹漱口溶液浸湿的棉球擦洗牙齿左外侧面,由上到下，由内向外，纵向擦洗	10	
		同法擦右外侧面	10	
	擦洗牙齿内面 咬合面 颊部	用张口器和压舌板使患者张口，张口器放于右侧臼齿之间，	6	
		用手电筒照射观察口腔有无出血，溃疡等现象	4	
		用弯血管钳夹紧棉球擦洗牙齿的左上内侧面	4	
		左上咬合面	4	
		左下内侧面	4	
		左下咬合面	4	
		均由内擦向门齿，其中左上内侧面，左下内侧面应纵行擦洗	4	
		以弧形擦洗左侧颊部	4	
		换张口器于左侧臼齿之间	6	
		同法擦洗右上、下内侧面、咬合面、颊部	16	
	擦洗硬腭 舌面 口腔底	由内向外，横向擦洗硬腭、舌面及舌下	8	
		勿触及咽部，以免引起恶心	6	
		擦洗口腔底：先左后右，由内到外擦洗舌系带两侧	8	
	检查涂药	用手电筒照射检查口腔，观察是否擦洗干净，有无炎症、出血、溃疡等	6	
		患者如有溃疡应涂冰硼散，口唇干燥涂石蜡油	4	

	整理记录	取下张口器	4	
		取下毛巾，擦干局部皮肤	2	
		为患者取合适体位	2	
		清理用物，整理病床单位，与家属做好沟通并给予相关宣教	4	
		洗手，记录（此步骤计时结束）	4	
评价 (30 分)	效果	口腔清洁、湿润、舒适，无异味	6	
	操作	认真核对无差错	6	
		动作轻稳、准确、规范、熟练	6	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 10min，每超 30s 减 1 分，超过 3min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者家属感到满意	4	
得分			210	

### 3.

项目		技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁，仪表符合要求 语言流畅，态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者意识状态、肢体活动度、皮肤受压情况；身体部位有无导管、伤口、牵引等；是否需要使用便盆。解释该项操作的相关事项，征得患者同意，使之愿意合作	6	
	环境	安静、整洁、安全，温湿度适宜，周围无患者治疗或进餐，酌情关好门窗	4	
	用物	(1) 护理车：清洁大单、中单、被套、枕套、床刷及套、通知单、笔、手消毒液、必要时准备便盆 (2) 污物桶	8	
		用物叠放整齐，排列有序，便于操作	4	
	护士	修剪指甲，洗手，戴口罩（此步骤计时开始）	4	
操作 步骤 (150 分)	核对 解释	携用物至床旁，核对床尾卡及患者，解释，以取得合作	2	
		告知患者及家属：更换床单的目的，鼓励患者及时反映自己的感觉和不适，取得配合	4	
		酌情关好门窗	2	
		按需要协助患者使用便盆	2	
	移开 桌椅	移开床旁桌，距床约 20cm	2	
		将椅子放于床尾正中，距床约 15cm，将清洁各单放于床尾椅上	4	
		病情允许时，放平床头和床尾支架	2	
	更换	松开床尾盖被，酌情拉起对侧床档	2	

	大单 中单	协助患者翻身侧卧，移枕	4	
		松开近侧各层床单	2	
		将污染中单向上卷（污面向内）塞于患者身下	4	
		从近床头处开始扫净橡胶单上的渣屑，搭于患者身上	4	
		将污染大单向上卷（污面向内）塞于患者身下	6	
		从床头至床尾扫净床褥上的渣屑并拉平	2	
		将清洁大单的中线和床单的中线对齐	4	
		将靠近侧的半幅大单打开，另半幅向下卷（清洁面向内）塞于患者身下	4	
		自床头、床尾、中间先后展平拉紧并于床角处折成斜角（45°），塞入床垫下	4	
		放平橡胶单，铺上清洁中单，将清洁对侧中单向下（清洁面向内）卷塞于患者身下	4	
		将近侧橡胶单、中单一起塞于床垫下铺好	2	
		协助患者平卧，移枕至近侧，协助患者侧卧于铺好床单的一侧（右侧卧位）	4	
		枕头置于患者头下	2	
		酌情拉起近侧床档，转至对侧，放下对侧床档，松开各层床单	4	
		将污中单向上卷并取出，放入污物袋	2	
		扫净橡胶单上的渣屑，搭于患者身上	2	
		将污大单向上卷，从床头至床尾卷出，放于污物袋中（如无污物车，可将污大单同侧两角打结于床尾栏杆上，做成污衣袋）	4	
		扫净床褥上的渣屑	2	
		依顺序将清洁大单、橡胶单及中单铺好	4	
		协助患者平卧，移枕于头下	2	
	更换 被套	解开污被套尾端带子	2	
		棉胎在污被套内竖折3折（先折对侧，后折近侧）	4	
		再按扇形横折3折取出	4	
		将清洁被套正面向外铺于床上	4	
		开口端的上层倒转向上打开约1/3	2	
		将折好的棉胎放入被套开口端	2	
		拉棉被头端至被套封口端	4	
		将竖折的棉胎两边打开和被套平齐（先近侧后对侧）	4	
		对好上端两角	4	
		整理床头盖被并将清洁被套往下拉平	4	
		嘱患者用双手握住盖被上缘，不能配合者盖被上缘压在枕下	4	
		撤出污被套放入污物袋内	2	
		系带	2	
		叠成被筒，为患者盖好被，酌情放下床档	2	
		床尾多余的棉被向内折叠与床尾齐	2	
	更换 枕套	一手托起患者颈部，另一手迅速将枕头取出	2	
		取下污枕套放入污物袋内	2	
		套好清洁枕套，拍松枕芯	2	
		将枕置于患者头下，开口端背门	2	
		协助患者取舒适卧位	2	

	整理 记录	床旁桌椅放回原处	2	
		打开门窗, 通气换气	2	
		将污被单送洗衣房	2	
		洗手, 记录 (此步骤计时结束)	2	
评价 30 分	效果	床铺平、整、紧、中线对齐、四角折叠整齐、被头充实、松紧适宜、美观实用, 患者舒适、安全	6	
	操作	认真核对无差错	4	
		操作轻巧、准确、节力, 无掀抖、重复或其他小动作	4	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		污被单送指定地点	4	
		时间 13min, 每超 30s 减 1 分, 超过 5min 停止操作。	4	
	人文 关怀	充分体现人文关怀, 护患沟通有效, 患者感到满意	4	
得分			210	

#### 4.

项目		操作程序	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁, 仪表符合要求 语言流畅, 态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者的年龄、病情、影响测量准确性的因素; 测量部位皮肤完整性、肢体活动状况等 安静休息 15~30min, 卧位舒适, 理解配合	6	
	环境	安静, 整洁, 安全, 温湿度适宜, 光线充足	4	
	用物	(1) 治疗盘、清洁盒内放体温计、记录本、笔、秒表、听诊器、水银血压计、弯盘、纱布、手消毒液 (2) 回收体温计的容器、污物桶 检查物品完好齐全 (缺 1 项减 1 分)	12	
	护士	洗手, 戴口罩 (此步骤开始计时)	4	
操作 步骤 (150 分)	检查	检查体温计数目及有无破损, 将体温计水银柱甩至 35℃以下, 体温计置清洁盒内备用	4	
		检查血压计: 盛装水银的玻璃管有无裂纹; 打开水银槽开关, 观察水银柱是否保持在“O”处; 橡胶管和输气球有无漏气	6	
	测量 体温	核对, 告知 (测量生命体征的目的、如何配合), 体现人文关怀	4	
		帮助患者解开衣服, 擦干腋下; 将体温计水银端放于腋窝深处, 紧贴皮肤, 嘱患者屈臂过胸夹紧体温计	8	
		看表计时, 10min 后取出	4	
	测量 脉搏	嘱患者取仰卧位, 手臂自然放于躯体两侧舒适位置	2	
		检查者将示、中、无名指的指端放于患者桡动脉搏动处, 计数 30s×2, 默记	6	
		异常脉搏应计数 1min 的脉率 (口述)	2	
	测量	检查者测完脉搏后将手仍放在测量脉搏部位, 以转移患者	2	

	呼吸	注意力		
		观察患者胸部或腹部的起伏，一呼一吸为1次，计数30s×2	6	
		记录呼吸及脉搏次数	4	
		异常呼吸或婴幼儿应测1min（口述）	2	
		危重患者气息微弱不易观察时，可用棉花少许放于患者鼻孔前，观察棉花吹动情况，计数1min（口述）	4	
	测量 血压	嘱患者取坐位或仰卧位	2	
		被测肢体应和心脏处于同一水平，坐位时平第四肋，卧位时平腋中线（口述）	6	
		卷袖露臂，手掌向上，伸直肘部；必要时脱袖，以免袖口过紧，影响血压准确性	6	
		放平稳血压计，驱尽袖带内空气	4	
		袖带正对肘窝，平整、松紧适宜地缠于上臂中部，使袖带下缘距肘窝2~3cm，松紧以能放一指为宜	8	
		打开水银槽开关，接通袖带与压力表，戴好听诊器	6	
		摸到肱动脉搏动点，一手固定听诊器胸件，将听诊器胸件放于肱动脉搏动点处，紧贴皮肤，轻轻加压	6	
		另一手轻轻关紧输气球气门，手握输气球均匀充气（用力不可过猛）至肱动脉搏动音消失，再稍充气，使水银柱再上升20~30mmHg	8	
		轻轻松动输气球气门，缓慢放气，速度以每秒降4mmHg为宜	4	
		注意水银柱所指刻度，视线应与水银柱上端保持水平	4	
		当听到第一声搏动音时水银柱所指刻度为收缩压；当搏动音突然减弱或消失，此时水银柱所指刻度为舒张压	12	
		测量后驱尽袖带内余气，整理袖带放回盒内；将血压计盒盖右倾45°，待水银全部流回槽内，关闭水银槽开关	6	
		协助患者取舒适体位	2	
		记录测量结果，记录方式为：收缩压/舒张压 mmHg	4	
	整理 记录	10min 到（口述），取出体温计，看明度数，记录	6	
		告知患者体温、脉搏、呼吸、血压的测量结果，感谢合作	8	
		洗手，将测量结果记录在体温单上（口述） （此步骤计时结束）	4	
评价 (30分)	效果	测量结果准确，无意外伤害	6	
	操作	认真核对无差错	6	
		动作轻稳、准确、规范、熟练	6	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间10min，每超30s减1分，超过3min停止操作	4	
	人文 关怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者感到满意	4	
得分			210	

## 5.

项目		技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁, 仪表符合要求 语言流畅, 态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者的病情, 意识状态, 鼻腔情况, 解释该项操作的相关事项, 征得患者同意, 使之愿意合作	6	
	环境	温湿度适宜, 安静、整洁、无异味, 光线充足	4	
	用物	(1) 鼻饲包: 内置镊子、压舌板、纱布、石蜡油、胃管(一次性鼻饲管另备)	8	
		(2) 治疗盘: 治疗巾、治疗碗、弯盘、50ml 注射器、温开水、流质饮食 200ml (38℃~40℃)、胶布、夹子或橡皮圈、别针、松节油、酒精、棉签、一次性手套、手消毒液, 必要时备听诊器、纸巾等		
		(3) 污物桶 检查物品完好齐全 (缺 1 项减 1 分)		
		无菌物品均在有效期内, 包装无破损	4	
	护士	修剪指甲, 洗手, 戴口罩 (此步骤计时开始)	4	
操作 步骤 (150 分)	安置 体位	携用物至床边, 核对, 解释, 取得合作	4	
		患者可取坐位、半坐卧位或仰卧位 (昏迷患者取去枕仰卧位, 头向后仰)	4	
		备胶布于易取之处	2	
		用湿棉签清洁鼻腔	4	
		摸剑突做标记, 将治疗巾围于患者颌下	4	
	测长 润滑	检查并打开鼻饲包, 置于治疗巾上	4	
		将胃管置于鼻饲包内	2	
		打开注射器, 检查胃管是否通畅	4	
		测量胃管插入长度 (鼻尖至耳垂再至剑突, 或前额发际至剑突距离), 口述: 成人约 45~55cm	10	
		润滑胃管前段 (约插入长度的 1/3)	6	
	插管	一手持纱布托住胃管, 一手持镊子夹住胃管前端沿一侧鼻孔缓缓插入	6	
		至咽喉部时 (约 14~16cm), 嘱患者做吞咽动作, 顺势将胃管送入至所需长度	6	
		口述: 昏迷患者插管前应去枕仰卧, 头向后仰, 当胃管插入 15cm (会厌部) 时, 应将头抬起, 使下颌靠近胸骨柄, 徐徐插至所需长度	6	
	验证 固定	检查胃管是否在胃内 (用一种方法, 口述另外两种) (1) 胃管末端接注射器抽吸, 有胃液抽出; (2) 将听诊器放于胃部, 用注射器从胃管末端快速注入 10ml 空气, 能听到气过水声; (3) 将胃管末端放入水中, 无气体逸出	12	
		胶布固定胃管	4	
	喂食	缓慢向胃内注入少量温开水 (10~20ml)	4	



		遵医嘱缓慢注入鼻饲饮食（口述：每次 50 ml，注 4 次，共 200 ml）	10	
		再注入少量温开水（10~20ml）	4	
		将胃管末端用纱布包好，放于稳妥处	4	
		告知患者相关事项	4	
		撤用物，离开床旁，冲洗注射器备用，整理用物	6	
		洗手，记录	4	
		口述：长期鼻饲者应每天进行口腔护理，每周更换胃管 1 次，晚间末次喂食后将胃管拔出，翌晨从另一侧鼻孔插入	4	
	拔管	核对，解释	4	
		揭去胶布	2	
		戴一次性手套，夹紧胃管末端	4	
		用纱布包裹近鼻孔处胃管，嘱患者深呼吸，在患者呼气时拔管，至咽喉处快速拔出	10	
		去胶布痕迹，清洁口鼻面部	4	
	整理记录	整理床单位及用物，协助患者取舒适卧位，感谢合作	4	
		洗手，记录拔管时间（此步骤计时结束）	4	
评价 (30 分)	效果	患者无食管黏膜损伤及其他并发症，正确灌注流质饮食或药物	6	
	操作	操作规范、熟练，方法正确	6	
		动作轻、稳、准，关心患者	6	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 15 min，每超 30s 减 1 分，超过 5min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者感到满意	4	
得分			210	

## 6.

项目		技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁，仪表符合要求 语言流畅，态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者的病情，局部皮肤黏膜情况，膀胱充盈度，解释该项操作的相关事项，征得患者同意，使之愿意合作；清洗外阴	6	
	环境	温湿度适宜，安静，整洁，光线充足，关闭门窗，屏风遮挡患者	4	
	用物	（1）无菌导尿包：弯盘 2 个、导尿管 2 根、血管钳 2 把、纱布 2 块、小药杯内置棉球 6 个、石蜡油棉球瓶、洞巾、标本瓶，或使用一次性导尿包 （2）治疗盘：无菌持物钳、无菌手套、一次性手套或指套、治疗碗（内置消毒液棉球 10 余个、血管钳 1 把）、消	8	

		毒溶液、弯盘，一次性尿布或小橡胶单及治疗巾、手消毒液 (3) 便盆及便盆巾、屏风 (4) 污物桶 检查物品完好齐全（缺 1 项减 1 分） 无菌物品均在有效期内，包装无破损		
	护士	修剪指甲，洗手，戴口罩（此步骤计时开始）	4	
操作步骤 (150 分)	安置患者	携用物至床边，核对，解释，取得合作	4	
		放便盆于床尾椅上，打开便盆布	4	
		协助患者仰卧屈膝位，两腿略外展	6	
		脱去对侧裤腿，盖好上半身及两下肢	6	
		臀下铺一次性尿布或小橡胶单及治疗巾	4	
	初次消毒	放弯盘及治疗碗于会阴处	4	
		左手戴手套，右手持血管钳夹消毒棉球，进行初次外阴消毒	6	
		消毒原则：由外向内，自上而下，先对侧再近侧，每个棉球限用 1 次，依次消毒阴阜→大阴唇→大小阴唇之间→小阴唇→尿道口	12	
		消毒后的用物放治疗车下层	4	
	铺巾润管	检查导尿包灭菌日期，置两腿之间逐层打开（嘱患者勿动下肢）	6	
		用无菌持物钳取出小药杯，倒入消毒液浸润棉球	4	
		戴无菌手套	6	
		铺洞巾，排列用物	6	
		润滑导尿管前端	6	
	再次消毒	左手分开并固定小阴唇，右手持血管钳夹消毒液棉球再次消毒外阴	6	
		消毒原则：由内向外，自上而下，先对侧再近侧。每个棉球限用 1 次，依次消毒尿道口→小阴唇→尿道口	8	
	插管导尿	左手仍固定小阴唇，移另一弯盘于洞巾旁	4	
		嘱患者缓慢深呼吸，使尿道括约肌松弛	4	
		右手持血管钳夹尿管轻轻插入尿道口 4~6cm，见尿流出后再插 1cm	8	
		松开左手固定尿管，尿液引入弯盘	4	
		如留取尿培养标本，用无菌标本瓶接取尿液约 5ml，盖好瓶盖	6	
		尿液盛 2/3 满，夹住导尿管尾端，将尿液倒入便盆内，再打开导尿管继续放尿	6	
	拔管	导尿完毕，拔出尿管	4	
		取出标本瓶放于治疗盘内	2	
		撤洞巾，擦外阴，脱手套，撤导尿包	4	
		撤一次性尿垫或治疗巾和橡胶单	2	
	整理记录	协助患者穿裤并取舒适卧位，整理床单位	4	
		询问患者感觉，感谢合作	2	

		观察尿液，盖好便盆布	2	
		标本瓶贴上标签送检（口述）	2	
		洗手，记录（此步骤计时结束）	4	
评价 (30 分)	效果	患者无尿道黏膜损伤、感染，达到导尿目的	4	
	操作	认真核对无差错	4	
		无菌观念强，无污染	6	
		动作轻稳、准确、规范、熟练；保护患者隐私和自尊，暴露患者适当，	4	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 15min，每超 30s 减 1 分，超过 5min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者感到满意	4	
得分			210	

## 7.

项目		技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁，仪表符合要求 语言流畅，态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者的病情，肛周皮肤黏膜情况，能否下床活动，解释该项操作的相关事项，征得患者同意；排空膀胱	6	
	环境	温湿度适宜，安静，整洁，光线充足，关闭门窗，屏风遮挡患者	4	
	用物	(1) 治疗盘：灌肠筒或一次性灌肠器 1 套、肛管（24~26 号）、血管钳或调节器、润滑剂、棉签、弯盘、卫生纸、橡胶单及治疗巾（或一次性垫巾）、水温计、一次性手套、手消毒液、遵医嘱备灌肠液 (2) 便盆及便盆巾、输液架、屏风 (3) 污物桶 检查物品完好齐全（缺 1 项减 1 分）	8	
		无菌物品均在有效期内，包装无破损，氧气筒内剩余压力正常	4	
	护士	修剪指甲，洗手，戴口罩（此步骤计时开始）	4	
操作 步骤 (150 分)	安置 体位	携用物至床边，核对，解释，取得合作	4	
		患者取左侧卧位，双膝屈曲，脱裤至膝部，臀部移至床沿（不能自控排便者可采用仰卧位，臀下置便盆）	8	
		臀下垫巾，臀旁置弯盘	4	
	润管 排气	挂好灌肠筒，液面距肛门 40~60cm	6	
		戴手套，润滑并连接肛管	6	
		排尽管内空气，夹紧肛管	6	
	插管 灌液	分开臀部，显露肛门 嘱患者深呼吸，做排便动作	4 6	

		将肛管轻轻插入直肠 7~10cm, 如插入受阻, 稍停片刻再继续插入	10	
		固定肛管	4	
		松开血管钳, 使溶液缓缓流入	6	
	观察处理	观察筒内液面下降情况, 根据患者反应控制灌肠液流速。如溶液流入受阻, 可转动肛管或挤捏肛管; 如患者有便意, 暂停片刻, 嘱患者作深呼吸, 同时适当降低灌肠筒; 如患者出现脉速、面色苍白、冷汗、剧烈腹痛等, 应立即停止灌肠, 与医生联系, 及时处理	16	
	拔管	待溶液即将灌完时夹管	6	
		拔出肛管, 分离并按规定处理	8	
		擦净肛门, 取下弯盘、灌肠筒, 脱手套	8	
	排便	安置平卧, 嘱患者尽量保留 5~10min 后再排便	8	
		对能下床的患者, 协助如厕; 对不能下床的患者, 给予便器, 将卫生纸、呼叫器放于易取处	10	
		撤离床旁, 整理用物	4	
		排便后擦净肛门	4	
	整理记录	撤去便器及橡胶单和治疗巾	4	
		协助穿裤, 整理床单位, 取舒适卧位	4	
		开窗通风换气	4	
		观察大便, 必要时留取标本送检	4	
		洗手, 在体温单上相应栏内记录灌肠结果 (此步骤计时结束)	6	
评价 (30 分)	效果	患者无直肠黏膜损伤及其他并发症, 达到灌肠目的	4	
	操作	认真核对无差错, 床铺整洁无污染	4	
		动作轻稳、准确、规范、熟练	6	
		保护患者隐私和自尊, 暴露患者适当	4	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 8min, 每超 30s 减 1 分, 超过 3min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀, 护患沟通有效, 患者感到满意	4	
得分			210	

## 8.

项目		技术操作要求	标准 分值	得 分
素质要求 (4 分)		着装整洁, 仪表符合要求 语言流畅, 态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者病情, 意识状态、注射部位皮肤完整性及肌肉组织状况, 肢体活动能力, 解释该项操作的相关事项, 征得患者同意, 使之愿意合作	8	
	环境	温湿度适宜, 安静, 整洁, 光线适中	4	
	用物	(1) 基础注射盘、另加所需规格注射器、6.5 号~7 号针	6	

		头、按医嘱备药、注射卡、无菌盘、手消毒液 (2) 污物桶、锐器盒 检查物品完好齐全 (缺 1 项减 1 分) 无菌物品均在有效期内, 包装无破损		
		护士	修剪指甲, 洗手, 戴口罩 (此步骤计时开始)	4
操作 步骤 (150 分)	注射前	核对注射卡, 检查药物 (注射前查)	4	
		将安瓿尖端药液弹至体部, 用砂轮在安瓿颈部锯痕, 用消毒液棉签拭去玻璃细屑, 消毒安瓿颈部, 折断安瓿	6	
		检查注射器包装, 启封并取出, 注射器和针头衔接紧密	6	
		抽吸药液, 抽毕将安瓿套在针头上, 放入无菌盘内备用	8	
	注射	核对, 告知 (用药目的、药理作用、操作过程可能引起的不适、如何配合), 体现人文关怀	6	
		协助患者取侧卧位 (上腿伸直, 下腿弯曲), 也可取俯卧位 (足尖相对, 足跟分开)	8	
		充分暴露注射部位, 准确定位	8	
		口述: 十字法	10	
		口述: 连线法	10	
		常规消毒皮肤, 待干	6	
		取出抽好的药液, 查对 (注射中查)	6	
		排气 (一滴排气)	6	
		一手绷紧注射部位皮肤, 一手持注射器	8	
		垂直、快速刺入肌肉内 (进入针梗的 1/2~2/3)	10	
		抽动活塞无回血, 固定针栓及注射器	10	
		缓慢匀速推注药液, 同时观察患者反应	10	
		注射毕, 用干棉签按压穿刺点, 快速拔针	4	
	注射后	再次核对患者姓名和药物 (注射后查)	8	
		协助患者取舒适卧位, 询问患者感觉, 告知注意事项	8	
		整理床单位及用物, 感谢合作	4	
		洗手, 记录 (此步骤计时结束)	4	
评价 (30 分)	效果	注射部位正确, 药物剂量准确, 患者无不适感	4	
	操作	无菌观念强, 污染 1 次减 3 分	6	
		动作轻稳、准确、规范、熟练	4	
		抽吸药液方法正确	4	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 8min, 每超 30s 减 1 分, 超过 3min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀, 护患沟通有效, 患者感到满意	4	
得分			210	

“ ”

( )

1/3

## 9.

项目		技术操作要求	标准 分值	得 分
素质要求 (4 分)		着装整洁, 仪表符合要求 语言流畅, 态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者病情、心肺功能及注射部位皮肤, 询问“三史”, 了解患者心理状态、合作程度。解释该项操作的相关事项, 征得患者同意, 使之愿意合作	6	
	环境	温湿度适宜, 安静, 整洁, 光线适中	4	
	用物	(1) 基础注射盘, 另备 1ml、2ml、5ml 注射器、生理盐水、80 万 U 青霉素 1 支、0.1%盐酸肾上腺素 1 支、红蓝铅笔、注射卡、无菌盘、小标签、手消毒液 (2) 污物桶、锐器盒 检查物品完好齐全 (缺 1 项减 1 分)	8	
		无菌物品均在有效期内, 包装无破损	4	
	护士	修剪指甲, 洗手, 戴口罩 (此步骤计时开始)	4	
操作步 骤 (150 分)	配置 皮试 药液	口述: 青霉素皮试液以每毫升含 200~500U 青霉素 G 等渗盐水溶液为标准	8	
		核对注射卡, 检查药液	4	
		去除青霉素铝盖中心部分, 消毒待干	4	
		用等渗盐水 3.7ml 溶解青霉素, 摇匀	10	
		口述: 每毫升含 20 万 U	10	
		用 1ml 注射器取上液 0.1ml, 加等渗盐水至 1ml, 摇匀	10	
		口述: 每毫升含 2 万 U	10	
		取上液 0.1ml, 加等渗盐水至 1ml, 摇匀	10	
		口述: 每毫升含 2000U	10	
	皮内注 射	取上液 0.1~0.25ml, 加等渗盐水至 1ml, 摇匀	10	
		口述: 每毫升含 200~500U	10	
		注射器作标记 (床号、姓名、配置时间、皮试液名称), 放入无菌盘内备用	6	
		核对, 告知患者及家属皮试的目的、皮试中可能出现的不适及并发症, 鼓励患者及时反映自己的感觉和不适	4	
		选择合适注射部位。口述: 前臂掌侧下段	6	
		用 70%酒精消毒皮肤 1 次, 待干	4	
		取出配置好的皮试液, 核对, 一滴排气	4	
		左手绷紧注射部位皮肤	4	
		右手持注射器, 针头斜面向上, 与皮肤呈 5°角刺入皮内, 待针头斜面完全刺入皮内后, 放平注射器	10	
		左手拇指固定针栓	4	
		右手推皮试液 0.05~0.1ml, 局部形成一圆形隆起的皮丘 (皮肤变白, 毛孔变大, 直径 5~6mm)	10	
		注射毕, 拔出针头 (拔针时右手食指应固定针栓), 勿按	4	

		压		
		看表记时，再次核对患者姓名和药物	4	
		嘱患者留观 20 分钟看结果	6	
		协助患者取舒适体位，询问患者感受，告知注意事项	4	
		整理床单位及用物	2	
	判断 记录	口述：20min 到，观察结果	4	
		整理病床单位，感谢患者合作	2	
		洗手，记录判断结果	4	
		口述：青霉素皮试结果的判断及对照试验（此步骤计时结束）	12	
评价 (30 分)	效果	皮试液剂量准确，结果判断、记录准确，患者安全，舒适	4	
	操作	认真核对无差错，	4	
		抽药手法正确；药物剂量准确	4	
		无菌观念强，污染一次减 3 分	6	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 15min，每超 30s 减 1 分，超过 5min 停止操作	4	
	人文关 怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者感到满意	4	
得分			210	

?

1

1cm

2

0.1ml 20

10.

项目	技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)	着装整洁，仪表符合要求 语言流畅，态度和蔼	4	

操作前准备 (26分)	患者	评估患者的病情、年龄、意识状态、心肺功能、局部皮肤完整性、血管弹性、充盈度、肢体活动度；患者的心理状态和合作程度；嘱患者按需要排空大小便	6	
	环境	温湿度适宜，安静，整洁，光线适中	4	
	用物	(1) 基础注射盘，另加止血带、治疗巾、输液器、输液胶贴、按医嘱备药、输液治疗单两联、输液瓶贴、弯盘、输液架、手消毒液 (2) 必要时备小垫枕、夹板、绷带、手套、输液泵 (3) 消毒液浸泡桶、污物桶、锐器盒 检查物品完好齐全（缺1项减1分）	8	
		无菌物品均在有效期内，包装无破损	4	
	护士	修剪指甲，洗手，戴口罩（此步骤计时开始）	4	
操作步骤 (150分)	输液前	核对医嘱、输液卡和瓶贴	4	
		核对药液标签，即药名、浓度、剂量、有效期，检查瓶盖有无松动、瓶身有无裂隙或塑料瓶有无渗漏（口述）	6	
		对光倒置检查药液质量（口述）	4	
		在药液标签旁倒贴输液瓶贴	4	
		去盖，消毒瓶塞	4	
		将药瓶置治疗车一侧，消毒液待干	4	
		检查输液器包装、有效期与质量，打开输液器包装，取出输液器针头（口述）	4	
		将输液器针头插入瓶塞至根部，输液器袋套在药瓶上	4	
		在药瓶和输液单上注明配药时间、签名	4	
		将输液治疗单的一联放于治疗室	2	
	输液	备齐用物携至患者床旁，核对患者床号、姓名，解释输液目的并取得合作	4	
		再次查对药液，关闭调节器，旋紧头皮针连接处	4	
		将输液瓶挂于输液架上，展开输液管	4	
		先将茂菲滴管倒置，抬高滴管下输液管	4	
		打开调节夹，使液体流入滴管内，当达到1/2~2/3满时，迅速倒转滴管，液体缓缓下降	4	
		待液体流入头皮针管内即可关闭调节器，对光检查输液管内有无气泡，将输液管放置妥当（排气1次成功，反复1次减1分）	6	
		协助患者取舒适卧位，在穿刺静脉肢体下垫小垫枕与治疗巾	4	
		选择粗直、弹性好、避开关节和静脉瓣的静脉	4	
		在穿刺点上方6cm处扎止血带	6	
		消毒皮肤	4	
		再次核对；打开调节器，再次排气至少量药液滴出	6	
		关闭调节器并检查针头及输液管内有无气泡，取下护针帽	4	
		嘱患者握拳，一手在消毒区外绷紧皮肤、固定血管，一手持针柄，使针尖斜面向上并与皮肤成适合角度进针，见回血后再将针头沿血管方向潜行少许（退针1次减3分）	10	
		一手固定针柄，一手松开止血带，打开调节器，嘱患者松拳	6	
		待液体滴入通畅后，固定针头	6	
		根据患者的年龄、病情和药物性质调节滴速（口述）	4	
		调节滴速至少15秒	4	
		在输液单上记录输液时间、滴速、打勾并签名	4	



		再次核对患者及药物，挂好输液单，告知患者每分钟滴速及注意事项	4	
		安置患者于舒适体位，放置呼叫器于易取处	2	
		整理用物	2	
		每隔 15~30 分钟巡视病室一次（口述）	2	
	输液毕	核对解释，告知患者输液完毕需要拔针	2	
		揭去针柄与头皮针管处输液贴，轻压穿刺点上方，关闭调节器，迅速拔针	4	
		嘱患者按压片刻至无出血，并告知注意事项	2	
		助患者取舒适体位，询问需要，感谢合作	2	
		洗手，记录（此步骤计时结束）	2	
评价 (30 分)	效果	穿刺部位无肿胀、疼痛，未发生输液反应	4	
	操作	无菌观念强，污染 1 次减 3 分	6	
		认真核对无差错	4	
		动作轻稳、准确、规范、熟练	4	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 12min，每超 30s 减 1 分，超过 3min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者感到满意	4	
得分			210	

## 11.

项目		技术操作要求	标准 分值	得分
素质要求 (4 分)		着装整洁，仪表符合要求 语言流畅，态度和蔼	4	
操作前 准备 (26 分)	患者	评估患者的缺氧状态，鼻腔情况，解释该项操作的相关事项，征得患者同意，使之愿意合作	6	
	环境	温湿度适宜，安静，整洁，禁止明火，避开热源，有“用氧安全”标识	4	
	用物	(1) 氧气筒、氧气表、湿化瓶内放蒸馏水或冷开水 (2) 治疗盘、棉签、弯盘、治疗碗 2 个、一次性鼻导管（双腔）、用氧记录单、记录卡、笔、扳手、手消毒液 (3) 消毒液浸泡桶、污物桶 检查物品完好齐全（缺 1 项减 1 分）	8	
		无菌物品均在有效期内，包装无破损，氧气筒内剩余压力正常	4	
	护士	修剪指甲，洗手，戴口罩（此步骤计时开始）	4	
操作 步骤 (150 分)	装表	携用物至床边，核对，解释，取得合作	4	
		逆时针方向打开氧气筒总开关少许，清除气门上的灰尘后迅速关闭	6	
		将氧气表螺旋与氧气筒气门手动初步旋紧	6	
		扳手旋紧固定，使氧气表直立	6	

		检查关闭流量表开关	6	
		开总开关检查有无漏气	6	
		将湿化瓶接于氧气表上	6	
		开流量表开关,检查氧气流出是否通畅,全套装置是否合适,有无漏气,关流量表开关待用	8	
	用氧	用湿棉签清洁鼻腔	4	
		取出鼻导管并连接	4	
		打开流量表开关,根据病情调节氧流量(口述实际调节的氧流量)	12	
		湿润鼻导管,检查鼻导管是否通畅	8	
		将鼻导管轻轻插入患者鼻腔内	8	
		固定鼻导管	6	
		告知患者及家属安全用氧事项	6	
		密切观察用氧情况	6	
		洗手	4	
		记录用氧起始时间和氧流量	4	
	停止用氧	患者缺氧状况明显改善,根据医嘱停止用氧	4	
		核对,解释	4	
		取下鼻导管,分离鼻导管并按规定处理	4	
		观察氧气筒内余气量,关总开关	4	
		放尽氧气表内余气后关流量表开关	4	
		卸下湿化瓶和氧气表并按规定处理	4	
		协助患者清洁口鼻面部,取舒适卧位	4	
		核对,整理,安慰患者	4	
		洗手	4	
		记录停氧时间及筒内剩余氧气量 (此步骤计时结束)	4	
评价 (30分)	效果	有效用氧,患者安全,舒适	6	
	操作	认真核对无差错	6	
		动作轻稳、准确、规范、熟练	6	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 7min,每超 30s 减 1 分,超过 3min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀,护患沟通有效,患者感到满意	4	
得分			210	

## 12.

项目	操作程序	标准 分值	得分
素质要求 (10分)	着装整洁,仪表符合要求 语言流畅,态度认真,表情严肃,反应敏捷	10	

操作 步骤 (170 分)	评估 判断	(此步骤开始计时) 判断意识：拍打、轻摇患者肩部，同时大声呼唤患者：“你怎么了？能听见我说话吗？”	6	
		触摸大动脉搏动：以示指和中指触摸气管旁 2~3cm 处的颈动脉，观察有无大动脉搏动（口述），10s 内完成	8	
		紧急呼救：确认患者意识丧失，立即呼叫他人协助，通知医生护士	6	
	复苏 体位	立即使患者去枕仰卧于硬板床或地面上	4	
		头、颈、躯干在同一轴线上	4	
		双手放于两侧，身体无扭曲	4	
	心脏 按压	术者站立或跪于患者右侧，左腿和患者的肩在一条直线上	4	
		解开衣领及裤带，暴露患者胸腹部	4	
		按压部位：胸骨中下 1/3 交界处（剑突上 2 横指）或两乳头连线中点	8	
		按压手法：两手掌根部重叠，双手指交叉翘起离开胸廓；双臂位于患者胸骨正上方；双肘关节伸直，利用上身重量垂直下压	8	
		按压幅度：成人胸骨下陷 5cm 以上（口述），然后迅速放松	8	
		按压频率：≥100 次/分（口述），每次按压后必须完全解除压力，使胸廓回弹到正常位置，手掌不离开胸壁，连续按压 30 次，18s 内完成	10	
	开放 气道	检查口腔，清除异物，取下活动义齿（口述）	4	
		判断颈部有无损伤，颈部无损伤采用仰头举颏法，颈部有损伤者采用双手托下颌法（口述）	8	
		以仰头举颏法开放气道：一手置于患者前额，手掌用力向后推压使头后仰，另一手中指和示指置于下颌骨下方，将颏部向上抬起，保持患者口部张开状态	8	
	人工 呼吸	一手举起患者下颌，另一手（置于前额的手）拇指和食指捏闭患者鼻孔	8	
		术者深吸一口气，双唇紧贴并包绕患者口部吹气，直至患者胸廓抬起	8	
		连续吹气 2 次，每次不少于 1s	8	
		每吹气毕，术者松口并放开患者鼻孔；头稍抬起，侧转换气；同时观察患者胸廓复位情况，感觉口鼻有无气流逸出	8	
		按压与人工呼吸之比为 30：2，连续 5 个循环	10	
	复苏 判断	连续操作 5 个循环后判断并报告复苏效果	14	
		颈动脉恢复搏动，平均动脉血压 > 60mmHg；自主呼吸恢复；瞳孔缩小，对光反射存在；面色、口唇、甲床色泽转红（口述）	8	
		取合适的复苏体位，密切观察病情，进一步生命支持	4	
	洗手 记录	整理用物	4	
		洗手，记录（此步骤计时结束）	4	
评价	效果	急救意识强，复苏成功，患者无并发症	6	

(30 分)	操作	患者远离危险环境	4	
		手法正确，操作敏捷、熟练	8	
		用物按照《消毒技术规范》及《医疗废物管理条例》做相应处理	4	
		时间 5min，每超 30s 减 1 分，超过 1min 停止操作	4	
	人文关怀	充分体现人文关怀，护患沟通有效，患者家属感到满意	4	
得分			210	

#### 四、考试结果

1

“ ”

“ ”

2

#### 五、参考书目

/ . 2 .—

.2013.2.ISBN 978-7-03-036813-3

/ / / /

## (样卷)

(考试说明：闭卷考试，考试时间 90 分钟。共 90 题，每空 1 分，共 90 分)

### 一、A1/A2 型题

(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述的方框涂黑)

1. 在意外事故现场，诊断受难者是否心跳停止最迅速、有效的方法是 ( )  
A. 观察病人神志    B. 观察心尖搏动    C. 观察瞳孔反应  
D. 拍打病人观察反应    E. 观察有无呼吸
2. 患者，男性，65 岁，心绞痛住院治疗期间，护士发现其突然意识消失，喘息样呼吸，颈动脉搏动消失。此时首要的急救措施是 ( )  
A. 心内注射肾上腺素    B. 给予呼吸兴奋药洛贝林    C. 通知医生  
D. 立即进行心肺复苏    E. 静脉推注阿托品
3. 患者，女性，58 岁，晨练时突然倒地，意识消失，施救者触摸不到脉搏，紧急实施心肺复苏，胸外心脏按压操作中错误的是 ( )  
A. 患者仰卧在硬质平板上    B. 按压部位为胸骨下段  
C. 按压使胸骨下陷>5cm    D. 按压频率至少 100 次 / 分  
D. 按压使胸骨下陷至少 3cm
4. 患者，女性，40 岁，因肠梗阻入院。采用非手术治疗期间，护士发现腹部出现固定性压痛及腹膜刺激征，提示肠梗阻的性质演变为 ( )  
A. 血运性    B. 机械性    C. 粘连性    D. 绞窄性    E. 单纯性
5. 患者，女性，55 岁，胃穿孔术后 4 天，持续腹胀，无排气、排便。查体：腹部膨隆，全腹轻压痛及反跳痛，肠鸣音消失；X 线腹片示小肠、结肠充气。诊断为 ( )  
A. 粘连性肠梗阻    B. 急性肠套叠    C. 麻痹性肠梗阻  
D. 急性肠扭转    E. 痉挛性肠梗阻
6. 下列血压测定的结果，可作为高血压判断标准的是 ( )  
A. 140/90mmHg    B. 120/75mmHg    C. 90/60mmHg    D. 150/105mmHg    E. 160/90mmHg

7. 患者，男性，60岁，原发性高血压，血压突然升至230/130mmHg，伴剧烈头痛、恶心、呕吐、抽搐及嗜睡。患者可能发生的情况是（ ）
- A. 恶性高血压 B. 高血压脑病 C. 脑血管痉挛 D. 脑血栓形成 E. 脑出血
8. 典型心绞痛发作的部位常位于（ ）
- A. 心前区且向左上肢前外侧放射  
B. 胸骨体中段或上段后且向左上肢前内侧放射  
C. 胸骨下段且向左肩背部放射  
D. 心尖区且向左肩背部放射  
E. 左肋缘且向左上肢前外侧放射
9. 患者，男性，62岁。因心前区压榨样疼痛2小时余伴冷汗、濒死感来院急诊，护士采取的措施中应除外（ ）
- A. 吸氧 B. 抗凝治疗 C. 拍X线胸片 D. 绝对卧床  
E. 急性期进行心电图、血压、呼吸监护
10. 患者，女性，55岁，高血压病史10年，因未规律用药，血压控制不理想，多在160/105mmHg。4小时前患者心前区持续疼痛、出冷汗来院急诊，诊断为急性心肌梗死。半小时前患者呼吸困难伴喘息，两肺布满湿啰音和哮鸣音，心率108次/分，律齐。首先考虑该患者的病情变化是（ ）
- A. 肺部感染 B. 肺动脉高压 C. 急性左心衰竭 D. 急性右心衰竭 E. 肺气肿
11. 患者，男性，31岁。饱餐后踢足球，突然发生脐周剧烈绞痛，中腹部触及局限性压痛包块，全腹腹膜刺激征阳性。应首先考虑为（ ）
- A. 肠套叠 B. 肠扭转 C. 痉挛性肠梗阻  
D. 胃十二指肠溃疡穿孔 E. 腹股沟斜疝
12. 为阑尾切除术后的患者做健康宣教，鼓励早起床活动，目的是为了预防（ ）
- A. 内出血 B. 盆腔脓肿 C. 肠粘连 D. 切口裂开 E. 肠套叠
13. 与消化性溃疡发病关系最密切的细菌是（ ）
- A. 链球菌 B. 厌氧菌 C. 金黄色葡萄球菌  
D. 痢疾杆菌 E. 幽门螺杆菌
14. 患者，女性，39岁，餐后3小时突觉上腹部刀割样剧痛，持续性，伴恶心入急诊，急诊护士查体：腹式呼吸消失，移动性浊音阳性，全腹压痛、反跳痛、肌紧张，上腹

为甚。该护士的初步判断是（ ）

- A. 胃十二指肠溃疡急性穿孔 B. 胃溃疡出血 C. 十二指肠溃疡出血  
D. 胃溃疡癌变 E. 胆囊炎

15. 患者，女性，59岁，肝硬化5年，入院1周。2天前患者突然神志恍惚、举止反常、言语不清。判断患者可能出现的情况是（ ）

- A. 脑栓塞 B. 尿毒症 C. 肝性脑病 D. 脑出血 E. 高血压脑病

16. 患者，女性，40岁。乙型肝炎15年，肝硬化5年入院。护士在进行入院评估时患者自诉“皮肤特别痒，睡觉的时候会把皮肤挠破”。分析导致患者皮肤瘙痒的原因可能是（ ）

- A. 转氨酶增高 B. 慢性肾功能不全 C. 药物过敏  
D. 胆红素增高 E. 血浆白蛋白降低

17. 患者，男性，61岁，诊断为肝硬化。入院查体：面部蜘蛛痣、肝掌、乳房发育。出现此体征的原因是（ ）

- A. 肾功能不全 B. 免疫力下降 C. 肝功能不全  
D. 垂体性腺功能紊乱 E. 肾上腺皮质功能减退

18. 患者，女性，51岁，因牙龈反复出血就诊。查体：面色灰暗，颈部及胸部有蜘蛛痣；实验室查：血红蛋白75g/L，白细胞 $4.0 \times 10^9/L$ ，血小板 $57 \times 10^9/L$ ，白蛋白35g/L，球蛋白33g/L。护士为患者解释出血的原因，最可能是（ ）

- A. 脾功能亢进 B. 再生障碍性贫血 C. 白血病  
D. 慢性胃溃疡 E. 肝硬化

19. 患者，男性，48岁，转移性右下腹痛3小时，伴恶心、呕吐、发热。最能提示该患者患有阑尾炎的体征是（ ）

- A. 腹部呼吸减弱 B. 右下腹固定压痛 C. 肠鸣音消失  
D. 腹胀 E. 肝浊音界缩小

20. 患者，女性，27岁。慢性阑尾炎急性发作入院。诊断慢性阑尾炎的主要依据是（ ）

- A. 慢性右下腹隐痛 B. 曾有典型的急性发作史 C. 右下腹轻度压痛  
D. X线钡剂造影检查阑尾未显影 E. 排除阑尾发外疾病的可能

21. 莫菲征阳性见于（ ）

- A. 急性腹膜炎 B. 急性胃穿孔 C. 急性胆囊炎

- D. 急性胰腺炎 E. 肠扭转
22. 胆道蛔虫病最典型的临床特点是 ( )
- A. 黄疸 B. 剑突下左侧深压痛 C. 粪便中找到虫卵  
D. 畏寒高热 E. 阵发性“钻顶样”剧烈绞痛
23. 患者, 男性, 35 岁, 进食油腻食物后出现右上腹阵发性绞痛, 为确定诊断, 以哪项辅助检查最好 ( )
- A. B 超 B. 血生化检查 C. ERCP D. PTC E. MRCP
24. 患者, 女性, 43 岁, 患胆石症 6 年, 2 天前因腹痛、寒战, 高热和黄疸发作, 门诊用抗生素、输液治疗无效入院, 来院时发现患者神志不清, 血压 75/50mmHg, 考虑 ( )
- A. 急性坏疽性胆囊炎 B. 急性重症胆管炎 C. 慢性胆囊炎急性发作  
D. 胆道蛔虫伴感染 E. 胆囊穿孔
25. 患者, 男性, 41 岁, 右上腹疼痛 2 天。查体: 体温 40°C, 皮肤、巩膜黄染; B 超示胆总管结石。为警惕发生重症胆管炎, 护士应重点观察的内容是 ( )
- A. 进行性加重的腹痛 B. 血压下降, 神志不清 C. 莫非征阳性  
D. 高热、寒战 E. 白细胞计数增高
26. 外科急腹症患者, 在未明确诊断时应严格四禁, 下列哪项除外 ( )
- A. 禁用吗啡类药止痛 B. 禁饮食 C. 禁服泻剂  
D. 禁灌肠 E. 禁腹部透视
27. 开放性损伤包括 ( )
- A. 挫伤 B. 扭伤 C. 裂伤 D. 挤压伤 E. 爆震伤
28. 患者, 男性, 25 岁。车祸伤导致右胫骨骨折及左股骨开放性骨折, 伤口大量出血。现场急救中应首先采取的措施是 ( )
- A. 吸氧、输液 B. 加压包扎止血 C. 骨折复位  
D. 镇静、止痛 E. 骨折临时固定
29. 烧伤 48 小时内, 病人死亡的主要原因是 ( )
- A. 消化道感染 B. 营养不良 C. 创面感染 D. 疼痛 E. 休克
30. 患儿, 6 岁, 双上肢烧伤, 其烧伤面积为 ( )
- A. 8% B. 15% C. 18% D. 20% E. 30%



31. 患者，女性，30岁，足底刺伤后发生破伤风，频繁抽搐。最重要的治疗环节是（ ）  
A. 补充水分电解质 B. 镇静，解痉 C. 中和游离毒素  
D. 气管切开 E. 病室安静，减少刺激
32. 最易发生骨折的肋骨是（ ）  
A. 第1~3肋 B. 第4~5肋 C. 第4~7肋 D. 第7~10肋  
E. 第11~12肋
33. 结肠癌发生血行转移的常见部位是（ ）  
A. 骨 B. 胰 C. 肝 D. 肾 E. 脊椎
34. 乳腺癌淋巴转移的主要途径是（ ）  
A. 同侧腋窝淋巴结 B. 同侧胸骨旁淋巴结 C. 颈部淋巴结  
D. 锁骨下淋巴结 E. 纵隔淋巴结
35. 乳腺癌最常见的发生部位是（ ）  
A. 乳头及乳晕区 B. 乳房外上象限 C. 乳房外下象限  
D. 乳房内上象限 E. 乳房内下象限
36. 患者，女性，53岁，乳腺癌。患者的癌肿已经侵犯了 Cooper 韧带，护士查体可观察到的症状是（ ）  
A. 橘皮样改变 B. 乳头溢液 C. 波动感  
D. 湿疹样改变 E. 酒窝征
37. 患者，男性，70岁，阵发性、刺激性呛咳2个月。查体：右锁骨上窝淋巴结肿大；X线胸片示右侧肺门阴影增大。首先应考虑（ ）  
A. 胸膜炎 B. 肺结核 C. 胸腔积液  
D. 支气管肺癌 E. 慢性支气管炎
38. 妇女骨盆倾斜的正常角度为（ ）  
A. 40° B. 45° C. 60° D. 70° E. 80°
39. 孕妇，第1胎，孕40周，6天前开始出现不规则子宫收缩，半小时前“见红”入院。护士判断该孕妇分娩发动可能在（ ）  
A. 见红当日 B. 2天 C. 3天 D. 4天 E. 5天
40. 初产妇，临产14小时，宫颈口开大6cm，宫缩规律，胎心正常，胎头已入盆，胎膜未破，可触及前沿羊水囊。考虑首选的处理措施是（ ）

- A. 肥皂水灌肠 B. 人工破膜 C. 准备阴道助产 D. 静脉滴注缩宫素  
E. 针刺三阴交，合谷穴位
41. 恶露的生理特点正确的是（ ）  
A. 含有血液，坏死蜕膜组织及宫颈黏液 B. 血性恶露可持续 8 天  
C. 浆液性恶露可持续 3 周左右 D. 白色恶露可持续约 6 周  
E. 正常恶露有腥臭味
42. 28 岁产妇，行会阴侧切术娩出一活婴，重 4kg。产后第 9 天出现会阴部肿胀，左侧切口部分裂开，有压痛和脓性分泌物，下列处理措施错误的是（ ）  
A. 红外线照射 B. 便后 1:5000 高锰酸钾溶液冲洗切口  
C. 1:5000 高锰酸钾液坐浴 D. 50%硫酸镁湿敷切口  
E. 保持局部清洁卫生，勤换内衣和卫生垫
43. 血管病变的孕妇最可能的并发症是（ ）  
A. 早期流产 B. 胎盘早剥 C. 异位妊娠 D. 羊水过多 E. 早产
44. 32 岁，初孕妇，妊娠 39 周。妊娠中期产前检查未见异常。妊娠 38 周开始自觉头痛、眼花。查血压 160/110mmHg，尿蛋白 2.5g/24 小时，宫缩不规律，胎心 134 次 / 分。此时应首先采取的措施是（ ）  
A. 终止妊娠 B. 静脉滴注硫酸镁 C. 鼓励适度活动  
D. 人工破膜并静脉滴注缩宫素 E. 急诊剖宫产
45. 异位妊娠时最常见的部位是（ ）  
A. 盆腔 B. 卵巢 C. 输卵管 D. 腹腔 E. 子宫残角
46. 患者，男性，28 岁。感冒后诱发肺炎，咳大量黄色脓痰，最有可能感染的病原体是（ ）  
A. 肺炎克雷伯杆菌 B. 金黄色葡萄球菌 C. 冠状病毒  
D. 铜绿假单胞菌 E. 肺炎衣原体
47. 新生儿，出生时无呼吸，心率 < 90 次/分，全身苍白，四肢软。经清理呼吸道后的下一步抢救措施是（ ）  
A. 建立呼吸，增加通气 B. 胸外按压 C. 保暖  
D. 药物治疗 E. 建立静脉通道
48. 男，足月儿，出生后 1 分钟 Apgar 评分：躯干皮肤色红，四肢较紫，心率 124 次/分，

哭声响亮,肌张力好,呼吸 45 次/分,该足月儿最终的 Apgar 评分是 ( )

A.6 分 B.7 分 C.9 分 D.8 分 E.10 分

49.男,出生 1 天,诊断为“新生儿窒息”入温箱治疗。该新生儿室的湿度应为 ( )

A.20%~30% B.30%~40% C.40%~50%

D.50%~60% E.60%~70%

50、不属于新生儿常见的正常生理状态的是 ( )

A.“马牙” B.生理性黄疸 C.臀红 D.假月经 E.乳腺肿大

51.新生儿,女,日龄 5 天,食欲及精神较好,母亲在给其换尿布时发现其会阴部有血性分泌物,你认为是 ( )

A.生理现象 B.肉眼血尿 C.尿道出血 D.回肠出血 E.直肠出血

52.下列哪项不是新生儿 Apgar 评分标准 ( )

A 体温 B 心率 C 呼吸 D 肌张力 E 皮肤颜色

53. 患者,男性,48 岁。2 天前突然寒战高热,胸痛、咳嗽、咳脓痰、气短。查体:精神萎靡,四肢末梢凉,体温 36.9℃,血压 75/55mmHg,脉搏细弱,双肺下部闻及湿啰音。考虑可能是 ( )

A. 膈下脓肿并感染性休克 B. 肺炎并感染性休克 C. 脓胸并感染性休克

D. 急性胆道感染并感染性休克 E. 盆腔脓肿并感染性休克

54. 慢性支气管炎最典型的症状是 ( )

A. 桶状胸 B. 长期、反复咳嗽、咳痰

C. 肺部啰音 D. 胸痛 E. 缩唇呼气

55. 患者,女性,62 岁。慢性咳嗽、咳痰 10 年,气促 2 年,逐渐加重。查体:桶状胸,叩诊过清音,两肺底散在湿啰音。X 线示:两肺透亮度增加,肋间隙增宽,两下肺纹理增多紊乱。提示该患者最可能发生了 ( )

A. 支气管哮喘 B. 慢性支气管炎、肺气肿 C. 支气管扩张

D. 肺心病 E. 肺栓塞

56. 治疗轻度哮喘的首选药物是 ( )

A. 氨茶碱 B. 色甘酸钠 C. 青霉素 D. 沙丁胺醇 E. 地塞米松

57. 患者,女性,40 岁,诊断哮喘 5 年。近来每当给宠物狗洗澡后即出现咳嗽、咳痰伴喘息发作。护士考虑最可能的过敏原是 ( )

A. 花粉 B. 尘螨 C. 狗毛 D. 精神因素 E. 真菌

58. 慢性肺心病发生的关键环节是 ( )

A. 肺动脉高压 B. 右心室肥厚 C. 右心室扩大 D. 肺动脉瓣关闭不全  
E. 心功能不全

59. 患者, 女性, 66 岁, 慢性肺源性心脏病, 喘憋明显, 略有烦躁。治疗方案中, 应慎用镇静药, 主要是为了防止 ( )

A. 加重水钠潴留 B. 感染 C. 脱水、低血钾  
D. 诱发肺性脑病 E. 全心衰竭

60. 女性, 32 岁, 已婚, 停经 56 天, 阴道少量出血 2 天。4 小时前突感下腹撕裂样剧痛, 伴明显肛门坠胀感, 血压 64/42mmHg。妇科检查: 宫颈抬举痛明显, 子宫稍大而软, 右附件有明显触痛。考虑该病人发生了 ( )

A. 早期流产 B. 功血 C. 异位妊娠  
D. 卵巢囊肿扭转 E. 子宫肌瘤红色变性

61. 产褥病率是指 ( )

A. 产后 12 小时后每 4 小时测体温 1 次, 体温 2 次达到或超过 38℃  
B. 产后 24 小时至 10 天内每 4 小时用口表测体温 1 次, 有连续 2 次达到或超过 38℃  
C. 产后每 4 小时测体温 1 次, 有 2 次体温达到 38℃  
D. 产后 12 天每 4 小时测体温 1 次, 有 2 次体温达到或超过 38℃  
E. 产褥期内 2 次体温达到或超过 38℃

62. 某产妇, 产褥期出现高热, 护士为其采取的护理措施应除外 ( )

A. 卧床休息取半卧位 B. 指导病人少量饮水 C. 及时更换衣物  
D. 给予高蛋白、高热量、高维生素饮食 E. 遵医嘱应用抗生素

63. 对于急性肾小球肾炎水肿的主要原因, 描述正确的是 ( )

A. 肾小球滤过率降低 B. 肾小管重吸收增加 C. 大量血浆蛋白吸收减少  
D. 继发性醛固酮分泌增多 E. 继发性心功能不全

64. 患者, 男性, 53 岁, 慢性肾炎多年, 近 1 周感觉尿少, 近 2 天的 24 小时尿量均不超过 400ml, 入院查体: 血压 190/115mmHg, 血肌酐 6.3mmol/L, 护士为该患者制定的饮食计划中, 告诉患者可进的饮食是 ( )

A. 宜进食橘子 B. 煲汤时加入红枣 C. 吃香蕉以促进肠蠕动

D. 喝牛肉汤 E. 喝鸡蛋汤

65. 患者，女性，34 岁。因血压升高，双下肢水肿 2 周入院，尿检：尿蛋白(+++)。

导致其水肿最主要的因素是 ( )

A. 肾小球滤过率下降 B. 心功能不全 C. 肝功能不全

D. 抗利尿激素增多 E 蛋白丢失

66. 患者，女性，57 岁，患白血病 2 年。患者突然出现头痛、头晕、视物模糊，呼吸急促，来院急诊。判断该患者可能发生的合并症是 ( )

A. 蛛网膜下腔出血 B. 脑膜炎 C. 颅内出血

D. 脑梗死 E. 高血压脑病

67. 患者，女性，38 岁。慢性粒细胞白血病慢性期，脾大至脐下。血常规：白细胞  $61 \times 10^9/L$ ，血红蛋白  $95g/L$ ，血小板  $500 \times 10^9/L$ 。护士健康指导时应向患者特别强调的是 ( )

A. 做好口腔护理 B. 按时服药 C. 避免腹部受压

D. 尽量少去人多的地方 E. 预防感冒

68. 患者，男性，17 岁，体重 50kg，烧伤面积 80%。护士为其计算的第一个 24 小时应补液体的总量是 ( )

A. 3 000ml B. 4 500ml C. 5 500ml D. 7 000ml E. 8 000ml

69. 患者，女性，29 岁。车祸致多根肋骨多处骨折，出现反常呼吸。考虑此现象的原因是 ( )

A. 膈肌破裂 B. 胸壁软化 C. 肋间神经损伤

D. 胸壁软组织损伤 E. 血气胸

70. 下列因素中，可能成为原发性肝癌促进因素的是 ( )

A. 油腻饮食 B. 乙型肝炎病毒 C. 亚硝胺类化学物质

D. 酒精肝 E. 吸烟

71. 患者，女性，36 岁，因乳腺癌住院，准备手术治疗，患者焦虑，常暗自流泪，沉思。护士最应给予的护理措施是 ( )

A. 立即上报主管医生 B. 给予镇静药以缓解症状

C. 指导家属给予患者支持 D. 允许患者家属陪住，以避免焦虑

E. 鼓励患者倾诉并给予疏导和安慰

## 二、A3/A4 型题

(以下提供若干个案列，每个案列有若干个考题。请根据提供的信息，在每题的 A、B、C、D、E 五个备选答案中选择一个最佳答案，并在答题卡上按照题号，将所选答案对应字母的方框涂黑)

(一)

患者，男性，48 岁，因吞咽食物易哽噎，胸骨后有异物感和烧灼样痛 2 个月，经纤维食管镜检查证实为食管癌，准备入院手术治疗。既往吸烟 15 年。

72. 食管癌最典型的临床表现是 ( )

- A. 呛咳 B. 胸骨后异物感 C. 胸骨后针刺样疼痛 D. 进食滞留感  
E. 进行性吞咽困难

73. 对食管癌根治术后的患者，宜采取的特殊护理措施是 ( )

- A. 做好胃肠减压的护理 B. 切口护理 C. 严格控制饮食  
D. 胸腔闭式引流的护理 E. 早期下床活动

74. 患者术后最常见和最严重的并发症是 ( )

- A. 深静脉血栓形成 B. 肺不张 C. 吻合口瘘  
D. 切口渗血 E. 反流性食管炎

75. 患者行食管癌根治术后 1 个月又出现吞咽不畅，可能的原因是 ( )

- A. 喉头水肿 B. 肿瘤复发 C. 肠套叠 D. 吻合口狭窄 E. 吻合口溃疡

(二)

患儿，5 岁，1 周前因“肾病综合征”入院，现阴囊皮肤高度水肿。

76. 该患者目前主要的护理问题是 ( )

- A. 呼吸型态改变 B. 有受伤的危险 C. 活动无耐力  
D. 潜在并发症：急性肾衰竭 E. 有皮肤完整性受损的危险

77. 护士为患者采取的首要护理措施是 ( )

- A. 绝对卧床休息 B. 给予低盐、高蛋白饮食  
C. 用丁字带托起阴囊，并保持干爽 D. 记录 24 小时出入水量  
E. 保持床单位清洁干燥

(三)

患者，女性，35岁。脐周痛5小时，转移性右下腹痛1小时，体检右下腹麦氏点固定压痛，腹膜刺激征(+)，医生检查时让患者取左侧卧位后，使其右下肢向后过伸，引起右下腹疼痛。

78. 此项检查称为 ( )

- A. 腰大肌试验    B. 深静脉通畅试验    C. 结肠充气试验  
D. 交通经脉瓣膜功能试验    E. 曲氏试验

79. 此项检查为阳性表明阑尾位置 ( )

- A. 较外侧    B. 较内侧    C. 较深    D. 较浅    E. 位于结肠表面

#### (四)

患者，女性，50岁。十二指肠溃疡病史10余年。近日患者自觉疼痛加剧，1小时前突感上腹刀割样疼痛，很快蔓延到全腹疼痛。急诊入院：查体全腹有明显的压痛反跳痛，肌紧张板样强直，初诊为十二指肠穿孔。

80. 确诊肠穿孔的重要依据是 ( )

- A. 既往病史    B. X线示膈下游离气体    C. 肛门停止排便排气  
D. 是否有休克表现    E. 腹痛的程度

81. 医嘱予非手术治疗，其措施不包括 ( )

- A. 禁食    B. 胃肠减压    C. 静脉补液    D. 应用抗生素    E. 腹腔穿刺抽液

82. 护士指导患者应采取的适宜体位是 ( )

- A. 截石位    B. 半卧位    C. 平卧位    D. 俯卧位    E. 头高足低位

#### (五)

患者，女性，25岁，5天前不慎被生锈的铁钉刺伤足底，自行包扎处理。12小时前患者“出现头痛、烦躁、张口困难、颈项强直。诊断为破伤风。

83. 破伤风患者死亡的常见原因是 ( )

- A. 尿潴留    B. 窒息    C. 高热    D. 心脏损害    E. 脱水，酸中毒

84. 护士采取的控制痉挛的护理措施，不包括 ( )

- A. 保持病室安静    B. 护理措施要集中进行    C. 病室遮光  
D. 鼻饲流质饮食    E. 减少探视

85. 该患者足底刺伤后, 正确的处理是 ( )
- A. 清洗伤口, 注射抗生素    B. 彻底清创后注射 TAT
- C. 用肥皂水冲洗伤口后, 包扎    D. 敞开伤口, 不予包扎
- E. 碘伏消毒后包扎伤口
86. 护士为患者家属解释住院期间限制探视的主要目的是 ( )
- A. 避免亲友受感染    B. 保护医务人员    C. 预防患者继发感染
- D. 减少对患者的刺激    E. 维持病房良好秩序
87. 护士向患者介绍注射破伤风抗毒血清(TAT)的目的是 ( )
- A. 中和游离毒素    B. 解除痉挛    C. 中和已经结合的毒素
- D. 预防并发症    E. 镇静、止痛

## (六)

患者, 女性, 55 岁, 疑为结肠癌, 为进一步检查、治疗入院。

88. 患者若为右半结肠癌, 其临床表现可除外 ( )
- A. 右腹隐痛, 间歇痛逐渐转为持续痛
- B. 腹泻与便秘交替出现, 隐血试验阳性
- C. 右腹部肿块
- D. 有消瘦、低热、乏力等全身症状
- E. 腹泻以进食后加重, 排便后减轻
89. 患者拟行结肠癌根治术, 术前准备措施不包括 ( )
- A. 补充高蛋白、高热量、富维生素食物
- B. 术前 2~3 天给予流质饮食
- C. 术前 2~3 天给予口服缓泻药
- D. 术前 2~3 天口服平衡电解质液全肠道灌洗
- E. 术前 1 天下午口服 5%~10%甘露醇
90. 患者手术后的饮食治疗原则为 ( )
- A. 高脂、高热量、富纤维饮食    B. 低脂、高糖、低渣饮食
- C. 低蛋白、高脂、富纤维饮食    D. 高脂、高蛋白、高维生素饮食
- E. 低蛋白、低糖、无渣饮食



