

江苏省高等教育自学考试

**03007 急救护理学（实践）**

南京医科大学

（二〇二〇年三月版）

## 一、课程性质及其设置目的与要求

《急救护理学（实践）》是全国高等教育自学考试护理学专业（本科段）的一门重要的实践与应用课程。其目的是要巩固和加深急救相关理论知识，使学习者掌握急救基本操作技能，提高急救护理实践能力，培养学习者的急救意识、爱伤观念，同时加强学习者的临床沟通能力、人文关怀素养等。

通过本课程的学习，自学应考者应熟悉急诊的日常工作，掌握基本的急救技能，具备临床急救护理实践的能力和正确处理急症病人的科学思维。

## 二、考试目标（考核知识点、考核要点）

### （一）考试目标

1. 了解急诊科的设置、国内外分诊系统；
2. 熟悉急诊科的工作环境、工作常规、特点及规章制度；
3. 掌握急诊科病人的处理原则、急救仪器的使用方法；
4. 掌握常见的抢救技术和抢救配合；掌握急诊留院观察病人的日常护理。

### （二）考核知识点

#### 1. 理论知识点

- （1）能讲述下列急症的处理原则：

高热、昏迷、呼吸困难、胸痛、急腹症、休克、水电解质紊乱、严重创伤、中暑、电击、淹溺、烧伤、急性中毒、心跳呼吸骤停、急性心梗、脑血管意外、上消化道大出血、急性胰腺炎、急性肾衰竭。

- （2）能说出急诊抢救室的常用设备及主要用途。

#### 2. 操作知识点

- （1）能进行急诊预诊、分诊工作。

（2）能在老师指导下完成洗胃术、输液泵、注射泵的使用、中心静脉压测定、血气分析等操作。

- （3）能独立完成 TAT 皮试及脱敏疗法。

- （4）能掌握心肺复苏的实施方法和简易呼吸器的使用。

- （5）能应用心电监护仪、呼吸机等为危重病人实施监护。

- （6）能独立完成急诊留院观察病人的皮肤护理、口腔护理、吸痰、吸氧、

气管切开护理、各种管道护理等。

### **（三）考核要点**

1. 完成规定的临床实践要求。
2. 能正确实施相应的操作。
3. 操作考试中能正确回答相应的理论问题。

## **三、有关说明和实施要求**

为了使大纲的规定在个人自学、社会助学和考试命题中得到贯彻和落实，特作如下说明，并提出实施意见。

### **（一）关于考试目标的说明**

本大纲的编撰目的在于使应考者能进一步明确考试范围和内容，更有目的地系统学习本课程，也使考试命题范围更加明确，从而较准确地安排试题应具有的难度和专业性。

### **（二）自学方法提示**

1. 自学应以大纲所开列的考试知识点为重点，通过系统学习和实践，掌握急救相关的知识和技能。
2. 通过临床实践、自学、培训等环节，能按考试目标中的要求掌握相关的知识和技能。
3. 要正确处理重点与一般的关系，应考者应全面系统地学习，掌握全面知识点，在此基础上再突出重点。

### **（三）关于命题考试的要求**

本课程由临床实践（自行联系相关单位完成）和操作考核（统一安排）两部分组成。

临床实践时间为4周，需按本大纲要求完成，并记录在“临床实践情况记录表”中。临床实践中的操作考试由所在实践科室组织完成，操作考试中应能适当提问理论相关知识，考试成绩记录在“临床实践情况记录表”中，操作考核时交给主考学校自考办公室。

统一安排的操作考核由主考学校自考办公室组织。操作项目包括：氧气筒或中心供氧给氧、吸痰、单人徒手心肺复苏（成人）、全自动洗胃机洗胃。

附:

## 急救护理学临床实践情况记录表

姓名:

准考证号:

单 位		科 室		实践起 止时间	自____年__月__日起 至____年__月__日止		
预 期 目 标	知 识 目 标	1.掌握下列急症的处理原则:高热、昏迷、呼吸困难、胸痛、急腹症、休克、水电解质紊乱、严重创伤、中暑、电击、淹溺、烧伤、急性中毒、心跳呼吸骤停、急性心梗、脑血管意外、上消化道大出血、急性胰腺炎、急性肾衰竭。 2.掌握急诊抢救室的常用设备及主要用途。 3.在带教老师指导下完成小讲座1次。					
	技 能 目 标	1.熟悉急诊预诊、分诊工作。 2.在老师指导下完成洗胃术、输液泵、注射泵的使用、中心静脉压测定、血气分析等操作。 3.独立完成输液、皮试。 4.掌握心肺复苏的实施方法和简易呼吸器的使用。 5.正确应用心电监护仪、呼吸机、血糖仪、除颤仪等。 6.独立完成急诊留院观察病人的皮肤护理、口腔护理、吸痰、吸氧、气管切开护理、各种管道护理等。					
实 践 内 容 记 录	项 目		参加次数		名 称		
	理 论	小讲座					
		护 理 查 房					
		健 康 教 育	见 习				
			实 施				
	操 作	项 目	次 数		自我评价 (在以下项目栏打“√”)		
			见 习	实 施	模 仿	一 般 操 作	熟 练 操 作
		输 液					
		皮 试					
		输 液 泵					
		注 射 泵					
		口 腔 护 理					
		吸 氧					
		吸 痰					
		气 管 切 开 护 理					
		心 电 监 护 仪					
		呼 吸 机					
		C P R					
简 易 呼 吸 器							
洗 胃							
血 气 分 析							
测 中 心 静 脉 压							

实践小结（收获/体会/不足/思考）

带教老师评语

操作考核内容\_\_\_\_\_

成绩\_\_\_\_\_

带教老师签名\_\_\_\_\_（单位盖章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 江苏省高等教育自学考试

## 急救护理学实践技能考核评分标准

操作项目：吸痰

时间：9 分钟

	内容	分值
目的 5 分	1.清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅	2
	2.促进呼吸功能，改善肺通气	2
	3.预防肺部并发症发生	1
准备工作 15 分	评估年龄、病情、意识、呼吸状况、呼吸道分泌物排出能力、口鼻腔情况（有义齿应取下）、听诊痰鸣音等	5
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、配合要点、注意事项等，必要时做深呼吸、有效咳嗽、拍背	4
	环境：温湿度适宜，光线充足，有电源及插座或中心吸引管道、屏风	1
	护士：衣帽整洁，洗手，戴口罩	1
	用物准备与检查：吸痰罐一套（注明开启日期及吸痰前、后字样）、一次性吸痰管数根（内有一次性手套）、听诊器、手电筒、记录单、纱布等；电动吸引器或中心吸引装置（负压表、痰液收集器、连接管 2 根），必要时备压舌板、开口器、舌钳、接线板等	4
操作流程 60 分	核对病人，取合适体位（将头转向操作者，必要时抬高床头 30°）	2
	接通电源，检查吸引器性能或者连接中心吸引装置、调节负压（成人 0.04-0.053Mpa 或 300-400mmHg；儿童<0.04MPa 或 300mmHg；新生儿 80mmHg）	10
	撕开吸痰管外包装，戴手套	4
	取出并连接吸痰管，打开吸引器开关或负压表开关	4
	试吸通畅	2
	阻断负压，插吸痰管	8
	吸痰，边旋转边向上提拉，一次吸痰时间小于 15s	10
	观察病人反应及吸出痰液的性质、量等	2
	分离吸痰管，脱手套	4
	冲洗管道，根据病情换管和/或换部位再吸	4
	清理面部、观察口鼻粘膜、听诊、安置病人	5
	整理用物	2
终末 质量 15 分	洗手、脱口罩，记录	3
	1.严格执行无菌原则与查对制度	4
	2.操作熟练、轻巧、稳重	4
	3.注重与病人沟通	3
注意 事项 5 分	4.保护呼吸道粘膜，有爱伤观念	4
	1.吸痰前检查连接是否正确	1
	2.严格执行无菌操作，每吸痰一次应更换吸痰管	1
	3.吸痰动作轻柔，防止损伤呼吸道粘膜	1
	4.痰液粘稠时，可配合叩击、雾化吸入等，提高吸痰效果	1
5.每次吸痰时间不超过 15 秒，必要时，吸痰前后提高吸氧浓度	1	

# 江苏省高等教育自学考试

## 急救护理学实践技能考核评分标准

操作项目：氧气筒给氧

时间：10 分钟

		内容	分值
目的 5 分		1.纠正缺氧状态，提高动脉血氧分压和动脉血氧饱和度，增加动脉血氧含量	3
		2.促进组织新陈代谢，维持机体生命活动	2
准备工作 15 分		评估：年龄、病情、意识、缺氧程度、血气分析结果、鼻腔情况、心理状态、合作程度	5
		病人：向病人解释，病人了解操作目的、配合要点、注意事项等	1
		环境：光线充足，远离火源和热源、有禁烟火标志	4
		护士：衣帽整洁，洗手，戴口罩	1
		用物准备与检查：氧气筒、氧气表、湿化瓶（湿化液不合适扣 1 分、液面不符合 1/3-1/2 满扣 1 分）、扳手、鼻氧管、小药杯（含冷开水）、手电筒、棉签、纱布、弯盘、用氧记录单等	4
操作流程 60 分	给氧前 10 分	检查氧气筒及各部件	1
		打开并迅速关闭总开关以清洁气门	2
		装表，连接湿化瓶	4
		开氧气表开关，查氧气流出是否通畅、有无漏气	2
		关氧气表开关	1
	给氧 35 分	核对病人	2
		清洁鼻腔	2
		连接鼻氧管	2
		根据病情调节氧流量，检查有无漏气	10
		确认氧气流出通畅	2
		佩戴鼻氧管：方向正确，松紧适宜	8
		洗手，记录给氧时间、氧流量、病人反应、签名	5
		交代注意点：氧气四防、氧流量、下床活动等	3
	给氧后 15 分	处理给氧医嘱	1
		巡视、观察与记录：缺氧改善情况、氧气流量、湿化液液面高度、氧疗副作用等（口述）	4
		核对病人，停止用氧	1
		取下鼻氧管，纱布包裹末端，酌情清洁面部	2
		关闭氧气表	1
观察鼻腔情况，安置病人于舒适卧位		1	
卸表：关总开关，放余气，关氧气表开关，卸湿化瓶、氧气表		3	
洗手、记录停止用氧时间、用物处理	3		
终末质量 15 分	1.安全意识与查对制度	5	
	2.操作熟练、轻巧	5	
	3.注意与病人沟通、有爱伤观念	5	
注意事项 5 分	1.用氧前检查氧气装置有无漏气，是否通畅	1	
	2.严格遵守操作规程，注意用氧安全，切实做好“四防”	1	
	3.使用氧气时应先调流量后应用；停氧时应先拔出鼻导管再关氧气开关；中途改变流量应先分离鼻导管，调节好流量再接上	1	
	4.压力表显示 0.5mPa（5kg/cm <sup>2</sup> ）时应更换氧气筒，以免灰尘进入，再充气时引起爆炸	1	
	5.氧气筒上应悬挂“满”或“空”的标志，便于及时调换	1	

# 江苏省高等教育自学考试

## 急救护理学实践技能考核评分标准

操作项目：中心供氧给氧

时间：7 分钟

	内容	分值
目的 5 分	1.纠正缺氧状态，提高动脉血氧分压和动脉血氧饱和度，增加动脉血氧含量	3
	2.促进组织新陈代谢，维持机体生命活动	2
准备工作 15 分	评估：年龄、病情、意识、缺氧程度、血气分析结果、鼻腔情况、心理状态、合作程度	5
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、配合要点、注意事项等	1
	环境：光线充足，远离火源和热源、有禁烟火标志	4
	护士：衣帽整洁，洗手，戴口罩	1
	用物准备与检查：氧气表、湿化瓶(湿化液不合适扣 1 分、液面不符合 1/3-1/2 满扣 1 分)、鼻氧管、小药杯（含冷开水）、手电筒、棉签、纱布、弯盘、用氧记录单等	4
操作流程 60 分	核对病人，安置舒适卧位	2
	装表，检查漏气	2
	清洁鼻腔	2
	连接鼻氧管	2
	根据病情调节氧流量，检查有无漏气	10
	确认氧气流出通畅	2
	佩戴鼻氧管：方向正确，松紧适宜	8
	洗手、记录给氧时间、氧流量、病人反应、签名	8
	交代注意点：氧气四防、氧流量、下床活动等	6
	处理给氧医嘱	2
	巡视、观察与记录：缺氧改善情况、氧气流量、湿化液液面高度、氧疗副作用等（口述）	4
	核对病人，停止用氧	2
	取下鼻氧管，纱布包裹末端，酌情清洁面部	2
	关闭氧气表	2
	观察鼻腔情况，安置病人于舒适卧位	2
卸表	1	
洗手、记录停止用氧时间、用物处理	3	
终末 质量 15 分	1.安全意识与查对制度	5
	2.操作熟练、轻巧	5
	3.注意与病人沟通、有爱伤观念	5
注意 事项 5 分	1.用氧前检查氧气装置有无漏气，是否通畅	1
	2.严格遵守操作规程，注意用氧安全，切实做好“四防”	2
	3.使用氧气时应先调流量后应用；停氧时应先拔出鼻氧管再关氧气开关；中途改变流量应先分离鼻导管，调节好流量再接上	2



# 江苏省高等教育自学考试

## 急救护理学实践技能考核评分标准

操作项目：单人徒手心肺复苏（成人）

时间：5分钟

		内容	分值	
目的	5分	对各种原因引起呼吸心跳停止的病人进行抢救，维持重要脏器灌流，为心、肺、脑复苏并恢复功能奠定基础	5	
准备工作	10分	环境：评估周围环境安全，适宜抢救	4	
		个人：做好个人防护	4	
		用物：纱布、弯盘、记录单等	2	
操作流程	判断	判断反应：轻拍病人肩部，在病人耳边高声呼叫病人	5	
		确认病人意识丧失后立即呼救，启动急救系统，看表、记录时间	5	
		判断脉搏：大于5秒，小于10秒，同时观察呼吸	5	
	胸外心脏按压	22分	安置病人仰卧平地或硬板床，头颈躯干成一条直线，两臂放于身体两侧	2
			松开病人衣扣、裤带	2
			确定胸外心脏按压的位置：两乳头连线中点	5
			按压手法：一手掌根置于按压位置，另一手掌压在左手背上，十指锁扣，手指翘起不接触胸壁，双侧肘关节伸直，垂直向下按压	5
			连续匀速按压30次	2
			按压深度：胸骨下陷5-6cm	3
			按压频率：100~120次/分钟，每次按压后使胸廓充分回弹	3
	开放气道	8分	判断颈部有无损伤	1
			检查口腔，清除分泌物或异物，取下活动义齿	2
			打开气道，方法正确	5
	人工呼吸	10分	一手捏住病人鼻孔，一手保持气道开放状态	2
			包严病人口唇，不留空隙，吹气1秒，500~600ml，吹气后放开鼻翼	4
			吹气同时观察胸廓是否隆起	2
			吹气两次，两次吹气间隔1秒	2
	判断效果	8分	按压与人工呼吸比：30：2，做5个循环	2
			判断：颈动脉搏动、呼吸、瞳孔、面色、甲床等	4
			口述复苏成功、尽早开展高级生命支持，整理病人衣服，头偏向一侧	2
	整理	2分	洗手，记录	2
终末质量	15分	1.符合抢救程序，操作敏捷，动作熟练	5	
		2.有效开放气道，人工呼吸与心脏按压方法正确	5	
		3.动作不粗暴，体现人文关怀	3	
		4.正确评估复苏指标，适时终止操作	2	
注意事项	5分	1.判断意识应在10秒内完成	1	
		2.胸外心脏按压要求部位准确，深度和频率正确，用力均匀	2	
		3.尽量减少抢救中断，操作途中若需换人，应在按压、吹气间隙进行，且中断时间不得超过10秒	1	
		4.怀疑颈椎受伤者，注意保护颈椎	1	

# 江苏省高等教育自学考试

## 急救护理学实践技能考核评分标准

操作项目：全自动洗胃机洗胃法

时间：15 分钟

	内容	分值
目的 5分	1.清除胃内毒物，减少毒物吸收	2
	2.利用不同洗胃液进行急性食物或药物中毒的中和解毒	2
	3.减轻幽门梗阻者潴留物对胃黏膜的刺激，减轻胃黏膜水肿和炎症	1
准备工作 15分	评估：①病人年龄、病情、意识、医疗诊断、生命体征、洗胃目的、毒物性质等；②病人口鼻粘膜有无损伤，有无活动义齿；③病人心理状态及对洗胃的耐受能力、合作程度	5
	病人：向病人/家属解释，了解操作目的、方法、配合要点、注意事项等	1
	环境：温湿度适宜，光线充足，有电源及插座，宽敞，有屏风或围帘	3
	护士：衣帽整洁，洗手，戴口罩	1
	用物准备与检查：全自动洗胃机一套、洗胃溶液(根据评估结果选择、10-20L、25~38℃各1分)、水桶2只、洗胃管、镊子、纱布、压舌板、塑料围裙或橡胶单、治疗巾、水温计、弯盘、棉签、50ml 注洗器、听诊器、手电筒、石蜡油、胶布，必要时备开口器、舌钳、牙垫等	5
操作流程 60分	正确连接各管道，放置管道末端于正确桶内	8
	接通电源，检查洗胃机性能完好，关闭电源	3
	核对病人、取合适体位、胸前放置塑料围裙或橡胶单及治疗巾	3
	用石蜡油润滑洗胃管前端	3
	测量长度（前额发际至剑突+10cm）	5
	从口腔插入约 55~60cm	5
	验证（三种检测方法任选一种）：确定洗胃管在胃内，用胶布将洗胃管固定于口角及脸颊	5
	连接进胃管道与洗胃管	4
	接通电源，按“开始”键开始洗胃	2
	观察及处理异常情况：病人反应、洗出液的性质、颜色、量等	6
	洗出液澄清无味时，待洗胃机刚转至“进胃”状态时按“暂停”键	4
	拔管	4
漱口、清理面部、安置病人，整理用物	4	
清洁及排空洗胃机，洗手、记录	4	
终末质量 15分	1.熟悉仪器，正确连接管道及使用	5
	2.操作熟练、轻巧、稳重	5
	3.正确选择洗胃溶液，注意观察。	5
注意事项 5分	1.注意了解病人中毒的时间、途径、毒物种类、性质、量等	1
	2.准确掌握洗胃禁忌证和适应证	1
	3.急性中毒且意识清晰者，应紧急采用“口服催吐法”，以减少毒物的吸收	1
	4.选择合适的洗胃液，如中毒物质不明可选用温开水或生理盐水，待毒物性质明确后再更换合适的洗胃液	1
	5.洗胃过程中应密切观察病人及洗出液，出现异常立即处理并及时记录	1