



临床护理操作必读



专科护理指引 和质量评价

ZHUANKE HULI ZHIYIN HE
ZHILIANG PINGJIA

主 编 / 冼绍祥 全小明



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



临床护理指南系列



专科护理指引 和质量评价

ADDITIONAL HEALTHCARE
SPECIALIZED NURSING

主 编 / 范丽娜 主审 / 王中明



人民卫生出版社
RENMEN JIAOYU CHUBANSHE

临床护理操作必读

专科护理指引和质量评价

ZHUANKE HULI ZHIYIN HE ZHILIANG PINGJIA

丛书总主编	冼绍祥	全小明				
丛书编委	邓少娟	陈巧玲	何咏群	林雪梅	杨湘薇	倪春燕
主 编	冼绍祥	全小明				
副 主 编	何咏群	倪春燕				
编 者	(以姓氏笔画为序)					
	王小俊	王晓玲	邓少娟	邓宝贵	刘丽花	江淑聘
	麦细焕	李静音	杨云英	杨湘薇	吴胜菊	吴碧云
	邱淑丽	宋慧锋	张泱悦	陈 军	陈巧玲	陈伙莲
	陈恩妮	陈倩维	陈润清	陈勤华	林 蔚	罗群带
	金 真	周 坚	周丽群	郑惠萍	郭丽娴	郭佳莹
	唐锡军	黄 萍	梁秋金	嵇玲瑛	谢玉琼	赖英桃
	雷友金	戴雪梅				



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

专科护理指引和质量评价/洗绍祥,全小明主编. —北京:人民军医出版社,2012.10
(临床护理操作必读)

ISBN 978-7-5091-6008-4

I. ①专… II. ①洗…②全… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 218782 号

策划编辑:崔玲和 文字编辑:贾春伶 高磊 责任审读:黄栩兵

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8139

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:15.25 字数:371 千字

版、印次:2012 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—2500

定价:55.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



内容提要

编者分 12 章详细介绍了糖尿病、产科、急诊、老年病、骨科、血液透析、静脉输液、手术室、危重症、造口及慢性伤口、肿瘤、新生儿科等专科护理目标、护理措施、护理评价。本书可作为专科护理培训使用,适合各级护理人员临床工作参考。



前言



随着医学科学技术和护理学科的迅猛发展,医院现代化建设突飞猛进,对护理管理水平,护理人员专科护理知识技术水平的要求越来越高。护理的专业化建设、专科护士技能培训已成为提升护理学科发展的必然发展方向。

广州中医药大学第一附属医院作为一所集医疗、教学、科研、康复、保健于一体的大型综合性中医医院,全国首批三级甲等中医医院、示范中医医院和首批广东省中医名院,护理队伍与全体职工一道,伴随着医院的成长和发展壮大走过了近半个世纪的风雨历程,经过数代护理前辈不懈的探求和努力,培养和造就了一批批优秀护士,积累了丰富的临床护理经验,对各个领域专科护理及专科护理质量评价有了深刻的理解和体会。

承蒙院领导的支持与鼓励,由我院护理专科委员会组织,在数位多年从事护理工作的专家带领下,糖尿病专科护理小组、产科专科护理小组、急诊专科护理小组、老年病专科护理小组、骨科专科护理小组、血液透析护理小组、静脉输液专科护理小组、手术室专科护理小组、危重症专科护理小组、造口及慢性伤口专科护理小组、肿瘤专科护理小组、新生儿科专科护理小组的护士长及专科护士经过将近1年时间的努力,结合临床实践、现代医院发展新要求、国内外医疗技术新进展,经认真讨论和总结,将我院护理队伍几十年的成果与经验整理、编辑成《专科护理指引和质量评价》一书,旨在推动现代专科护理工作的进一步发展,为护理实践提供理论依据。

全书围绕着“十大安全目标”,从各个专科领域中制定相应的专科护理指引以及质量评价标准。全书共分12章,包括糖尿病、产科、急诊、老年病、骨科、血液透析、静脉输液、手术室、危重症、造口及慢性伤口、肿瘤、新生儿科12个专业。每一章节均从概述、护理目标、护理措施、护理评价、质量评价标准等多方面进行论述,使临床护士进一步掌握专业的新知识、新观点和新方法,将医学相关理论知识与临床护理有机地结合起来,提高临床护士批判性思维的能力,以达到提高临床护士工作能力的目的。本书内容丰富,深入浅出,条目简明扼要,语言精练,具有科学性、指导性、可操作性,能够适应临床护理工作的需要,对临床应用具有很好的指导作用,有利于护理专科水平的进一步提高。

由于我们的水平和能力有限,书中疏漏和不恰当之处,敬请同仁不吝指正。我们护理专业委员会也会制订实施评价方案,并根据实施评价情况及时进行修订。

编者

2012年3月

第1章 糖尿病专科护理	1
一、正确监测血糖 /1	
二、口服降糖药物护理指导 /2	
三、预防低血糖护理 /3	
四、糖尿病患者的合理饮食护理 /4	
五、预防糖尿病足护理 /6	
六、建立糖尿病患者的血糖“危急值”报告制度护理 /7	
七、安全使用胰岛素护理 /8	
八、避免住院糖尿病患者皮肤完整性受损护理 /9	
九、减少糖尿病患者感染风险护理 /11	
十、安全使用胰岛素泵 /12	
第2章 助产专科护理指导	14
一、产妇待产护理 /14	
二、产妇分娩护理 /16	
三、缩宫素使用护理 /18	
四、分娩镇痛护理 /21	
五、新生儿窒息复苏护理 /22	
六、新生儿身份识别护理 /26	
七、阴道产产褥期护理 /28	
八、剖宫产产褥期护理 /30	
九、新生儿筛查采血护理 /32	
十、新生儿疾病筛查阳性召回护理 /34	
第3章 急诊专科护理	37
一、急诊病人身份识别安全 /37	
二、构筑院前、院内急救绿色通道护理 /38	
三、规范救护车管理护理 /40	
四、急救用药安全 /42	
五、建立与完善突发事件的应急预案护理 /43	
六、提高急诊分诊率护理 /45	
七、提高急诊患者安全转运护理 /46	
八、提高院前心脏停搏抢救成功率的护理指导 /47	

九、院前创伤患者的救护配合的护理 /48

十、正确使用除颤仪护理 /50

第4章 老年病专科护理指导 52

一、提高老年患者进食安全的护理 /52

二、提高老年患者用药安全的护理 /55

三、预防及缓解老年患者便秘的护理 /57

四、预防老年患者跌倒的护理 /59

五、预防老年患者坠床的护理 /61

六、预防老年患者走失的护理 /63

七、提高老年尿失禁患者生活质量的护理 /65

八、老年患者身份识别的护理 /67

九、缓解老年患者慢性疼痛的护理 /69

十、老年患者预防压疮的护理 /70

十一、提高老年意识障碍患者安全的护理 /73

十二、提高老年智能障碍患者安全的护理 /76

第5章 骨科专科护理 81

一、预防足下垂护理 /81

二、预防深静脉血栓形成护理 /82

三、断肢再植/皮瓣移植组织护理 /84

四、正确摆放骨科患者肢体体位护理 /86

五、髋关节置换术后护理 /88

六、正确使用骨科助行器、手杖护理 /90

七、颈椎损伤、颈椎术后呼吸功能评估护理 /91

八、脊髓损伤患者大便失禁的护理 /92

九、脊髓损伤患者便秘护理 /94

十、脊髓损伤患者肠道功能康复护理 /96

十一、骨筋膜切开减压术护理 /97

十二、截肢术后残端的护理 /99

十三、骨牵引患者翻身的护理 /101

十四、脊髓损伤患者预防压疮的护理 /102

十五、脊髓损伤患者深静脉栓塞(DVT)的护理 /105

第6章 血液透析护理指导..... 107

一、血液透析常规操作护理 /107

二、自体动静脉内瘘护理 /109

三、中心静脉留置导管的护理 /114

四、血液透析患者饮食与营养护理 /116

第7章 静脉输液护理..... 118

一、正确选择血管通道器材护理指导 /118

二、正确选择穿刺部位 /121

三、提高输液速度准确性护理指导 /123	
四、静脉输液治疗及 PICC 置管安全性护理 /125	
五、提高 PICC 置管病人带管安全性护理 /126	
六、减少输液微粒产生的护理 /128	
七、防范与减少临床输血风险护理 /130	
八、防止输液、药物错误护理 /133	
九、防范与减少导管相关性感染发生的护理 /134	
十、防范与减少护士针刺伤发生 /136	
十一、安全使用高危药物护理 /137	
第 8 章 手术室专科护理指导	140
一、预防手术患者、手术部位及术式错误护理指导 /140	
二、预防病人意外伤(坠床)发生 /141	
三、提高手术室用药安全 /142	
四、手术植入物安全 /143	
五、手术体位摆放 /146	
六、安全正确使用电外科设备指导 /147	
七、严防异物遗留护理 /150	
八、防止手术室医院感染 /152	
九、预防手术患者低体温的护理指导 /157	
十、留送手术病理标本护理 /159	
第 9 章 危重症专科护理	161
一、危重病人的安全转运护理 /161	
二、预防呼吸机相关性肺炎的护理 /167	
三、人工气道吸痰的护理 /170	
四、预防与减少危重症患者压疮发生的护理 /172	
五、执行手卫生的护理 /174	
六、保护性约束的护理 /175	
第 10 章 造口及慢性伤口专科护理	178
一、压疮风险因素评估护理 /178	
二、压疮预防护理指导 /179	
三、压疮护理 /181	
四、伤口换药护理指导 /183	
五、伤口分泌物培养标本采集 /184	
六、造口位置选择 /185	
七、肠造口的护理 /188	
八、泌尿造口的护理 /189	
九、结肠造口灌洗的护理 /191	
十、泌尿造口尿液培养标本采集 /193	
十一、结肠单腔造口患者的清洁灌肠 /195	

十二、造口袋收集失禁病人尿液/粪便的指导 /197

十三、粪水刺激性皮炎的护理指引 /198

第 11 章 肿瘤专科护理 200

一、配制抗肿瘤药物的护理 /200

二、静脉给予抗肿瘤药物的护理 /202

三、抗肿瘤药物外渗的护理 /205

四、口服抗肿瘤药物安全使用的护理 /207

五、处理抗肿瘤药物污染的护理 /208

六、预防及处理抗肿瘤药物过敏的护理 /210

七、粒细胞减少患者的护理指引 /213

八、预防化疗患者口腔黏膜炎发生的护理 /215

九、癌性疼痛患者的护理 /217

十、上腔静脉综合征患者的护理 /219

十一、预防 PICC 导管堵塞的护理 /220

第 12 章 新生儿科专科护理 222

一、预防新生儿硬肿症的护理 /222

二、预防新生儿脐炎的护理 /223

三、新生儿身份识别的护理 /225

四、新生儿保暖的护理 /226

五、新生儿母乳的储存、运送、使用的护理 /227

六、防止新生儿坠床/摔倒的护理 /229

七、防呛奶护理 /230

八、新生儿安全用氧护理 /231

九、PICC 置管后的护理 /233

参考文献..... 235

第1章

糖尿病专科护理

一、正确监测血糖

血糖监测能够直接了解机体实际的血糖水平,有助于判断病情,反映饮食控制、运动治疗和药物治疗的效果,从而指导治疗方案的调整。合理的血糖监测是糖尿病控制良好的基础,通过血糖监测,了解血糖波动情况,为患者加强自我管理提供依据,增强治疗的信心与动力。研究表明,血糖控制不好或不测血糖的人,通常并发症的发生要提前 5~10 年。

【护理目标】 操作者正确掌握监测血糖的方法。

【护理措施】

1. 评估操作者掌握仪器性能和使用方法情况。
2. 指导患者正确保管仪器及血糖试纸,严禁使用过期、弯曲、潮湿、破碎或其他已经受损的血糖试纸。
3. 测试前保证血糖仪显示的代码与试纸的代码必须一致。
4. 血糖仪定期质控、维护、清洁;每 6 个月对血糖仪与临床实验室检测血糖的检测结果进行对比;对比结果记录、质控记录保存不得少于 2 年。
5. 采血方法正确。使用一次性采血装置,杜绝交叉感染。
6. 指导患者根据血糖及病情变化情况确定监测的“血糖谱”,并认真做好记录。
7. 发现血糖值与临床症状不吻合时,查找原因,必要时与医生沟通。
8. 教育患者正确处理使用过的采血针及血糖试纸。

【护理评价】 操作者血糖监测方法正确,并熟悉仪器的保养及注意事项。

【监测血糖评价标准】

科室: 检查者: 年 月 日						
项目	考核标准	分值	扣分标准	扣分原因	扣分	得分
评估 12 分	1. 操作者对血糖仪的了解及使用情况	2	一项不符扣 2 分,扣完为止			
	2. 血糖仪的检测情况	2				
	3. 试纸的保存及有效期情况	2				
	4. 监测的频率及记录情况	2				
	5. 被测试部位皮肤情况	2				
	6. 被测试者对疼痛的耐受及心理状况	2				

(续 表)

具体操作 68分	1. 物品准备:血糖仪1台、血糖试纸、乙醇、棉签记录本,抹手液	5	每项按分值扣除,扣完为止			
	2. 三查七对及解释告知	5				
	3. 准备好血糖仪,正确开机	3				
	4. 正确取试纸,注意保持试纸瓶的密封状态,防止试纸长时间与空气接触,影响监测结果	5				
	5. 正确插入试纸	3				
	6. 待仪器屏幕显示滴血状态	3				
	7. 乙醇消毒测试部位,待干	5				
	8. 正确使用一次性针头采血	5				
	9. 见血后用干棉签轻轻抹去第1滴血液	3				
	10. 轻挤出1滴血(约米粒大小或根据要求),严禁用力挤压采血	5				
	11. 将血液滴(吸)在正确部位,1次成功	5				
	12. 干棉签按压止血	3				
	13. 正确读出血糖值	3				
	14. 抹手,记录	5				
	15. 整理	5				
	16. 告知患者数值,必要时了解其饮食或其他引发血糖高或低的情况	5				
评价及理论 20分	1. 熟悉患者姓名、年龄、诊断、饮食	2	一项不符按相应项目分值扣分,累计扣完20分为止			
	2. 掌握血糖值的意义,了解患者主要病情及主要治疗(服降糖药或注射胰岛素)	3				
	3. 找出存在的护理问题及采取的对应措施	5				
	4. 理论	10				

二、口服降糖药物护理指导

所谓口服降糖药,就是指经口服有降糖作用的药物,主要指西药或中成药。口服降糖药应注意以下几点:①含西药成分的口服降糖药只适用于2型糖尿病患者;②同一类降糖药不得联用;③磺脲类药物与磺胺类药物(如复方新诺明)有交叉过敏反应,故对磺胺类药物过敏者应慎用磺脲类降糖药;④药物治疗必须与饮食控制和运动锻炼相结合。

【护理目标】 患者正确口服降糖药物。

【护理措施】

1. 保证药物应在有效期内,无变质。
2. 护士掌握口服降糖药物的种类、剂量、主要的作用原理及不良反应。
3. 指导患者各种药物的服用时间(餐前、餐中、餐后服用)、方法(吞服、嚼碎)。
4. 告知患者服药后的进餐时间、低血糖的症状及处理方法。
5. 跟进患者的进餐情况。

6. 根据病情需要监测血糖的变化,及时与医生沟通,调整药物剂量。

【护理评价】 患者有效正确口服降糖药。

【口服降糖药物评价标准】

科室: 检查者: 年 月 日						
项目	考核标准	分值	扣分标准	扣分原因	扣分	得分
评估 12 分	1. 患者对口服降糖药的了解及服用情况	2	一项不符扣 2 分,扣完为止			
	2. 患者既往用药的情况	2				
	3. 药物的保存及有效期	2				
	4. 血糖监测的频率及记录情况	2				
	5. 患者家庭支持情况	2				
	6. 患者心理状况	2				
具体操作 68 分	1. 物品准备:药物、服药本、专用药盒、抹手液	5	每项按分值扣除,扣完为止			
	2. 三查七对及解释告知	10				
	3. 准备好温开水	5				
	4. 按餐前餐后或餐中分好药物,告知服药时间	10				
	5. 抹手、记录、签名	5				
	6. 整理	5				
	7. 跟进患者进餐及服药情况	5				
	8. 按时监测血糖并做好记录	5				
	9. 告知患者低血糖反应的症状及处理方法	8				
	10. 告知患者药物的作用,必要时了解其饮食或其他引发血糖偏高或偏低的情况	10				
评价及理论 20 分	1. 熟悉患者姓名、年龄、诊断、药物的名称、剂量、用法及注意事项	5	一项不符按相应项目分值扣分,累计扣完 20 分为止			
	2. 观察用药后的反应,了解药物的副作用及预防措施	5				
	3. 理论	10				

三、预防低血糖护理

低血糖是指血液中葡萄糖(简称血糖)浓度低于正常的一种临床现象,病因多种,发病机制复杂。成年人血糖低于 2.8mmol/L (50mg/dl) 时,可认为是血糖过低,但是否出现临床症状,个体差异较大。

【护理目标】 正确预防和减少低血糖发生并能正确救治。

【护理措施】

1. 掌握低血糖的防治知识,能识别低血糖,了解患者血糖控制的目标值。
2. 小剂量胰岛素治疗时,每小时监测血糖 1 次,血糖下降速度不宜过快,下降速度保持在每

小时 4~6mmol/L,以免发生因降血糖速度过快导致低血糖。血糖降至 13.9mmol/L 时遵医嘱停止使用或减少剂量。

- 了解有无“无症状性低血糖”的患者,并做好重点观察标识。
- 行强化治疗的患者,每天应监测血糖 5~7 次。
- 做好患者的饮食管理,服用降糖药及注射胰岛素后及时进食。

【护理评价】 有效预防和减少低血糖的发生并正确救治。

【预防低血糖评价标准】

	科室：	检查者：	年	月	日			
项目	考核标准	分值	扣分标准	扣分原因	扣分	得分		
评估 12 分	1. 患者发生低血糖的症状、规律和处理方法	2	一项不符扣 2 分,扣完为止					
	2. 患者对低血糖反应的认知了解情况	2						
	3. 既往史	2						
	4. 血糖监测的频率及记录情况	2						
	5. 患者日常用药、饮食及运动习惯	2						
	6. 心理社会和家庭状况	2						
具体操作 68 分	1. 物品准备:监测血糖用品 1 套,50% 葡萄糖 10~20ml,静脉注射的用品或根据需要准备其他用物。记录本、抹手液等	10	每项按分值扣除,扣完为止					
	2. 用药治疗严格三查七对及双人核对	5						
	3. 小剂量胰岛素治疗时按医嘱以每小时 4~6U 的剂量准确给药,加强巡视观察	10						
	4. 按医嘱按时监测血糖和巡视观察患者,发现异常随时监测,并及时记录或报告医生	10						
	5. 发现无症状低血糖患者做好标识,加强观察	10						
	6. 强化治疗患者,每天监测血糖 5~7 次	10						
	7. 观察患者的进食及运动情况及用药情况	3						
	8. 做好实时记录并交班	10						
评价及理论 20 分	1. 熟悉患者姓名、年龄、诊断、饮食及血糖波动特点	5	一项不符按相应项目分值扣分,累计扣完 20 分为止					
	2. 熟悉主要病情及主要治疗(服降糖药或注射胰岛素),低血糖反应及预防抢救措施	5						
	3. 理论	10						

四、糖尿病患者的合理饮食护理

饮食治疗是糖尿病患者最基本的治疗措施,应贯彻糖尿病治疗的始终。合理控制饮食,为机体提供均衡的营养和生命活动所需的同时,可以减轻胰岛 B 细胞的负荷,有利于血糖水平的控制。

【护理目标】 患者能坚持正确合理地饮食治疗。

【护理措施】

1. 掌握糖尿病饮食原则、每天进食的总热量及餐次分配、三大营养素的比例。
2. 了解不同食物对血糖的影响,发放相关资料。
3. 了解患者的血糖水平及控制目标。
4. 与营养师沟通,为患者制订合适的饮食处方。
5. 根据使用的降糖药物指导患者正确的进餐时间。
6. 跟进患者的进餐情况。

【护理评价】 患者有效坚持正确合理地饮食治疗。

【糖尿病患者的合理饮食评价标准】

科室: 检查者: 年 月 日						
项目	考核标准	分值	扣分标准	扣分原因	扣分	得分
评估 12 分	1. 患者病情、主要阳性体征及血糖情况	2	一项不符扣 2 分,扣完为止			
	2. 患者的身高体重及平时活动量的情况	2				
	3. 患者对饮食治疗的了解程度和执行情况	2				
	4. 平时的生活作息及饮食习惯	2				
	5. 患者目前用药情况及血糖监测情况	2				
	6. 心理社会和家庭状况	2				
具体操作 68 分	1. 物品准备:体重称、计算器、笔、专科教育手册、记录本、抹手液等	5	每项按分值扣除,扣完为止			
	2. 三查七对及解释告知工作	5				
	3. 准确测量患者身高、体重	8				
	4. 准确计算 BMI 和标准体重	10				
	5. 根据其平时活动量计算出每天总热量	10				
	6. 根据 3d 营养素的比例给予合理饮食结构建议	10				
	7. 熟悉食物交换法及不同食物对血糖的影响	5				
	8. 指导患者正确进餐时间,按时定量进餐	5				
	9. 观察患者的进食、运动情况及用药情况	5				
	10. 做好实时记录并交班	5				
评价及理论 20 分	1. 熟悉患者姓名、年龄、诊断、饮食习惯,血糖情况	5	一项不符按相应项目分值扣分,累计扣完 20 分为止			
	2. 患者及家人对饮食治疗的认知和掌握程度	5				
	3. 理论	10				

五、预防糖尿病足护理

糖尿病足(diabetic foot,DF)是糖尿病综合因素引起的足部疼痛、感觉异常、皮肤深溃疡、肢端坏疽等病变总称,是与下肢远端神经异常和不同程度的周围血管病变相关的足部感染、溃疡和深层组织破坏(根据 WHO 的定义),属于中医学“脱疽”范畴。1956 年 Oakley 首先提出糖尿病疡足一词;1972 年 Catterall 将糖尿病足定义为“已因神经病变而失去感觉和因缺血而失去活力,合并感染的足称为糖尿病足”,是糖尿病慢性并发症之一,也是导致糖尿病患者致残死亡的主要原因之一。

【护理目标】 预防和减少糖尿病足发生。

【护理措施】

1. 了解糖尿病足的高危因素、诱因。
2. 评估患者是否存在糖尿病足的高危因素。
3. 指导患者做好足部清洁,每天检查足部有无破损、水疱等。
4. 检查患者落实足部自我护理措施。
5. 有转介给医生或请专科护理会诊的制度。

【护理评价】 有效预防和减少糖尿病足的发生。

【预防糖尿病足评价标准】

	科室:	检查者:	年	月	日			
项目	考核标准		分值	扣分标准	扣分原因	扣分	得分	
评估 12 分	1. 患者病情、主要阳性体征及血糖情况		2	一项不符扣 2 分,扣完为止				
	2. 患者对糖尿病足预防知识的了解程度		2					
	3. 足部皮肤情况		2					
	4. 患者平时的工作、日常生活习惯,评估是否存在高危因素		2					
	5. 患者目前用药情况及血糖监测情况		2					
	6. 心理社会和家庭状况		2					
具体操作 68 分	1. 物品准备:感应温度计、10g 的尼龙丝、不锈钢音叉、抹手液、评估记录本等		5	每项按分值扣除,扣完为止				
	2. 三查七对及解释告知工作		5					
	3. 触摸患者足背动脉搏动,了解足部血流情况		8					
	4. 用尼龙丝监测足部触觉		10					
	5. 用音叉测量患者的温度觉		5					
	6. 用音叉测量患者的振动觉		5					
	7. 用温度计测量患者足底温度		5					

(续 表)

评价及理论 20 分	8. 指导患者清洁、检查、护理足部的具体措施,避免高危因素	10	一项不符按相应项目分值扣分,累计扣完 20 分为止			
	9. 其他日常生活指导,控制血糖、血脂	10				
	10. 整理,做好实时观察记录	5				
	1. 熟悉患者主要存在的问题及护理措施	5				
	2. 掌握正确的足部护理预防方法	5				
	3. 理论	10				

六、建立糖尿病患者的血糖“危急值”报告制度护理

危急值(critical values)通常指的是检验结果高度异常,当出现这个检验结果时,患者可能已处于生命危险边缘,临床医师如不及时处理,有可能危及患者安全甚至生命,故危急值也称为紧急值或警告值。糖尿病患者当血糖 $\geq 22.2\text{mmol/L}$ 或血糖 $\leq 2.2\text{mmol/L}$,均需及时报告并立即进行抢救。

【护理目标】 患者血糖出现危急值时及时报告并立即配合抢救。

【护理措施】

1. 病房建立适应本单位的血糖“危急值”报告制度。

2. 血糖低于 3.9mmol/L 、高于 16.7mmol/L 时,应做好报告及记录。

3. 严格落实血糖监测的质量控制,尤其是分析前质量控制措施,认真落实标本采集、储存运送、交接、处理的规定。如每个月进行血糖仪检测,每6个月进行血糖仪与生化比对,确保血糖监测的准确性。

【护理评价】 血糖出现危急值时及时报告并有效抢救。

【建立血糖“危急值”报告制度的评价标准】

	科室:	检查者:	年	月	日			
项目	考核标准	分值	扣分标准	扣分原因	扣分	得分		
评估 12 分	1. 病房建立“危急值”报告制度情况	2	一项不符扣 2 分,扣完为止					
	2. 病区危急重病患者病情、主要阳性体征及血糖情况	2						
	3. 危急重病患者饮食进餐及胃纳情况	2						
	4. 危急重病患者的自理行为能力情况	2						
	5. 患者目前用药情况及血糖监测情况	2						
	6. 危急重病患者思想动态及依从性情况	2						