

神经内科重症护理 临床实践与经验总结

主编 刘芳

神经内科重症护理临床 实践与经验总结

主 编 刘 芳

副主编 苗凤茹 张晓梅 王 冉

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 冉	王宇娇	邓秋霞	刘 芳
刘光维	刘春英	刘雪芳	李 苗
李丹梅	沈小芳	张 鑫	张晓梅
苗凤茹	高 岚	龚立超	霍春暖
魏京旭			

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科重症护理临床实践与经验总结/刘芳主编. —北京:
人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-27028-1

I. ①神… II. ①刘… III. ①神经系统疾病-险症-护理
IV. ①R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 165051 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

神经内科重症护理临床实践与经验总结

主 编: 刘 芳

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 13

字 数: 316 千字

版 次: 2018 年 8 月第 1 版 2018 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-27028-1

定 价: 55.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



前 言

随着神经重症诊疗技术的提高,重症护理人员的专科知识、护理技能以及监测技术水平也在持续提升,重症护理课题、论文、专利项目、小革新等层出不穷,大幅度促进了专科护理的发展。因此神经重症护理课题、撰写的论文以及丰富的护理经验如何能够在临床护理中推广、实施,让更多护理人员有所认识、了解、掌握显得尤为重要。为此我们集结了近十年全国多家神经内科危重症护理人员所撰写的护理论文、申报的课题、专利项目、开展的工作革新等内容,并进行了详尽的分析与整理,最终通过本书向全国致力于神经内科重症的护理同仁在临床中进行推广、实施、改进并应用。通过这样的方式,不仅方便了重症护理人员及时寻找到护理研究的内容、方向,同时更迅速地改善了护理管理、护理技术、并发症防控以及现状问题,帮助年轻护士在第一时间准确地寻找到临床专科护理创新的途径。

本书共分为七章,包括护理质量的管理,护理技术的实施,人工气道的维护,肠内营养的实践,并发症的防控,经验、革新、专利的应用,常见急救药物配制,分别从护理依据、护理方法、注意事项、临床推广的意义与不足、文献参考等几个步骤进行撰写,有力地促进了临床护理人员的掌握与实践。本书图文并茂,内容充实,符合现阶段神经科重症患者救治护理技术的发展与创新,适用于神经科各级护理人员。

本书承蒙人民卫生出版社给予的大力支持,在此表示衷心感谢!编写过程中集聚了全国多家医院神经内科护理专家,由于编写时间紧、任务重,难免有不足之处,恳请广大护理同仁给予指正。

刘 芳
2018 年 5 月



目 录

第一章 护理质量的管理	1
第一节 依据护理工作量改进神经内科重症病房护理排班	1
第二节 量化考评方案在神经内科重症病房的实施	2
第三节 新护士阶梯式责任管床培训模式的临床应用	5
第四节 交接班模式的管理	7
第五节 病情早期预警工作流程的应用	10
第六节 双向查对制度在护理安全管理中的实施	13
第七节 探视模式改进 NCU 环境质量	15
第八节 依据重症脑卒中死亡原因分析强化 NCU 护理管理	18
第九节 血管内低温治疗的管理方式	22
第十节 预防 HAP 护理规范的实施	25
第十一节 重症信息系统护理记录替代手写记录的优化过程介绍	27
第二章 护理技术的实施	31
第一节 把控关键环节控制留置导尿管感染的策略	31
第二节 护理干预策略对老年留置导尿患者漏尿的影响	32
第三节 重症高颅压患者抬高床头 30°的效果	34
第四节 重症脑损伤患者足背动脉血压替代肱动脉血压的监测方法	36
第五节 血浆置换在抗 N-甲基-D 天门冬氨酸受体脑炎患者中的应用	38
第六节 发热患者应用布洛芬混悬液降温的效果	42
第七节 PICC 堵塞后几种疏通方式的介绍	43
第八节 失禁患者结构化皮肤护理方案的应用	45
第九节 护士如何实施血糖控制方案	47
第十节 改良外周静脉中等长度导管置入的效果观察	50
第十一节 振动排痰仪不同频率在临床中应用的效果	53
第十二节 心电图定位技术在 PICC 实施中的应用	56
第十三节 避免持续脑电监测导致皮肤受损的护理方法	58
第十四节 提高神经重症患者痰液标本采集质量的方法	60
第十五节 留置导尿患者需要实施目标性感控监测	63
第十六节 高血压及休克患者有创血压替代无创血压的监测方法	67
第十七节 重症抗 N-甲基-D 天冬氨酸受体脑炎患者的护理	69
第三章 人工气道的维护	74

第一节	人工气道精细化培训在临床中的应用	74
第二节	呼吸道管理路径表在神经疾病患者中的应用	77
第三节	降低多重耐药人工气道患者感染的护理方案	79
第四节	呼吸机外管路冷凝水处理的方法	82
第五节	机械通气患者撤机后两种湿化方法对气道湿化的影响	84
第六节	机械通气患者翻身手法经验介绍	86
第七节	重型脑损伤机械通气患者加温加湿器水位监测与控制	88
第八节	集束化护理在危重症病人人工气道精细化管理中的应用	90
第九节	开展品管圈活动降低人工气道患者多重耐药菌感染发生率	92
第四章	肠内营养的实践	98
第一节	依据循证护理培训实施肠内营养支持	98
第二节	神经疾病患者营养不足的评估	100
第三节	应激性溃疡出血患者给予肠内营养实施的方案	102
第四节	室温下恒温输注营养制剂可避免患者腹泻发生	105
第五节	集束化管理预防肠内营养并发症的发生	108
第六节	鼻肠管在胃潴留患者中的置入方法	111
第七节	腹内压监测在神经重症患者肠内营养过程中的应用	115
第八节	重症脑损伤患者鼻胃管拔除时机的判定	117
第九节	生酮饮食方案在癫痫患者中的应用	119
第十节	重症脑损伤患者肠内营养支持的护理实践与依据	121
第十一节	开展品管圈活动降低脑卒中患者营养不良发生率	124
第十二节	依据神经危重症患者发生胃潴留的高危因素进行营养支持治疗	126
第十三节	重症营养风险评分表的使用	128
第五章	并发症的防控	130
第一节	改良口腔护理对卒中相关性肺炎的影响	130
第二节	集束化护理策略在临床预防误吸的应用	132
第三节	预防下肢静脉血栓的护理策略	134
第四节	脑卒中便秘的护理策略	137
第五节	冲封管对泵入去甲肾上腺素患者预防血压骤增风险的方法	140
第六节	重症脑卒中患者血糖增高时需要监测胃潴留	142
第七节	象鼻式吸痰管在脑卒中非人工气道患者中应用效果观察	143
第八节	重症非人工气道患者痰液湿化的方法及效果	145
第九节	集束干预策略在预防重症缺血性脑卒中患者下肢深静脉血栓中的应用	147
第十节	脑卒中偏瘫肩关节半脱位患者的康复护理经验介绍	149
第六章	经验、革新、专利的应用	153
第一节	约束手套在神经重症患者中的应用	153
第二节	压疮预防评估表的设计与应用	154
第三节	气管套管吸氧湿化转接装置的应用	157



第四节	造口袋在大便失禁或腹泻患者中的应用	158
第五节	新型气管插管固定支架的应用	163
第六节	止血器用于桡动脉采血后的按压	164
第七节	踝足矫形器对偏瘫患者行走能力的影响	165
第八节	重症脑炎流涎患者唾液引流的方法	167
第九节	冰帽在去骨瓣减压术后患者头部应用方式的经验介绍	169
第十节	压疮面积测量尺的应用	170
第十一节	一种气管切开堵管塞的应用	172
第十二节	一种防压疮便盆套的使用	173
第十三节	改良的气垫床床单	175
第十四节	气管切开心电监护患服的设计	176
第十五节	一种瘫痪下肢外旋矫正装置	178
第十六节	偏瘫患者使用的一种麻将牌的设计	179
第七章	常见急救药物的配制	181
第一节	去乙酰毛花苷注射液	181
第二节	盐酸胺碘酮	182
第三节	重酒石酸去甲肾上腺素	183
第四节	盐酸多巴胺	184
第五节	盐酸多巴酚丁胺	186
第六节	盐酸地尔硫草	187
第七节	硝普钠	188
第八节	硝酸甘油	190
第九节	尼莫地平	191
第十节	尼卡地平	193
第十一节	地西洋	194
第十二节	盐酸咪达唑仑注射液	196
第十三节	丙泊酚	197
第十四节	硝酸异山梨酯注射液	199
第十五节	短效胰岛素	200
第十六节	3%NaCl	201



第一章 | 护理质量的管理

第一节 依据护理工作量改进神经内科重症病房护理排班

一、护理依据

神经内科重症病房(neurological care unit,NCU)护理量大,同时又是机械通气、意识障碍等危重患者集中监护治疗的场所,频繁的监测与繁重的护理工作,对护理人员各方面要求很高,护理人力资源的有效性将直接影响护理服务质量。因此,正确评估 ICU 护理工作,合理配置护理人力资源是护理管理者面临的主要问题。为此本科室采用重症监护护理评分系统(Intensive Care Nursing Scoring System,ICNSS)修订量表以及计时法测量护理所需要的时间,有效的评估不同类型入科患者的护理量,旨探索合理安排护理人力资源、提高护理工作效率的方法,为 NCU 护理人力资源的合理分配与使用提供依据。调查与研究发现,NCU 患者不同班次的护理工作量有统计学意义,每例患者护理所消耗的时间有统计学意义,不同班次机械通气与非机械通气患者的护理工作量均有统计学意义,结果提示不同班次、不同危重程度患者的护理工作量不同,因此,护理管理者有必要对 NCU 护理班次进行调整。

二、护理排班的调整

(一) 调查结果

护理排班的调查结果见表 1-1-1。

表 1-1-1 ICNSS 评估不同班次护理工作量

项目	护理工作量评分(分)	护理计时(秒)
总体	35.03±5.37	10 655.59±2078.88
白班	37.75±5.24	13 478.53±698.85
小夜班	35.70±4.39	9383.15±469.42
大夜班	31.64±4.55	9105.10±495.16
F	75.24	3299.89
P	<0.01	<0.01

通过统计发现:白班比小夜班工作量分值高,小夜比大夜班工作量分值高,为此是经常可以看到白班护士一般下午不能准时下班,并将工作延续到小夜班,而小夜班的工作就会推迟到大夜班,无形中会造成恶性循环,提示管理者可以根据其结果进行班次的时间调整。



(二) 调整班次

1. 方法 将班次分为两类,一类是常白班(8-5班),另一类为(8-8班),8-8班护士为夜班轮转护士,可以安排8-8白、8-8夜、下夜班、休息,而8-5班护士没有完成的工作可以让8-8白班接着做,同时8-8夜班的护士可以均匀的安排护理的时间,让夜班的工作能够全部完成,同时又不会出现拖班现象。

2. 效果 护士满意,同时工作上没有疏漏,8-8白班的护士还可以为8-5班的护士补漏,这样环环相扣,减少护理问题的发生。

三、注意事项

(一) 8-5班的护士应该是高年资级别、能够起到督查质量控制的护士,并且按照优质护理的原则,需要固定管理一个区域的患者,这样会减少护士工作压力,让护士始终清晰患者的病情与护理的内容。

(二) 8-8白或夜班护士同样需要固定分区管理患者,8-8白班护士需要与8-5班护士进行合作,同时将患者管理好,8-5班护士对8-8白班护士起到督查的作用。

四、临床推广的意义与不足

(一) 意义

通过运用 ICNSS 修订量表以及计时法进行护理量和护理需要时间的评估,既可以使有限的护士人力得以最有效地发挥作用,又可以探索护士人力资源的管理。护理管理者要根据医院的实际工作量予以调配,以保证护理质量。具体调配时可按照不同时段,按患者需要的护理工作量、护理时间为基础,进行动态、弹性的护士人力调配,而不是单一地应用床护比或医护比进行护士配置,要考虑到床位使用率、患者周转率、护士的倒班和轮休等,以保证在任何时期及时间护理工作质量的一致性和稳定性。如对于 ICU 机械通气或病情危重的非机械通气患者的护理,可安排高年资护士或护师以上具有丰富护理经验以及操作技能的人员来承担,减少护理时间,而对于病情趋于稳定的非机械通气患者的基础护理,如口腔护理、会阴护理、吸痰及翻身等可安排低年资护士承担。

(二) 不足

由于本研究病例数较少,同时研究的科室仅限于神经内科 ICU 单一科室,可能存在一定的差异及局限性,今后可在不同地区、不同层次医院或不同类型的 ICU 开展护理活动评估量表以及计时法的应用,以指导护理管理者更加科学地进行 ICU 护士人力资源的调配。

五、论文刊出

刘芳,热孜亚,岳鹏.运用两种评分法对神经内科 ICU 急性期患者护理工作量的研究.护理管理杂志,2010,10(10):706-707.

(刘 芳)

第二节 量化考评方案在神经内科重症病房的实施

一、实施依据

护理质量不仅取决于护理人员的素质和技术水平,还取决于护理管理的效能。由于传



统的重症监护室(ICU)护理管理工作缺乏客观、量化的护理管理制度,护士的绩效分配、评优及职称晋升无法依据客观全面的量化数据评定,往往仅凭护士的年资、管理者的印象及护士之间的投票来决定,不能有效地体现护理人员工作的多劳多得、优劳优得,导致护理管理缺乏完整性、连续性和科学性,护理人员缺乏工作主观能动性。神经内科 ICU 是集中医疗护理技术力量与先进仪器设备,对急、危、重症患者集中进行连续的、动态的、定性和定量的监护和治疗的特殊护理单元,具有专科性强、基础护理任务繁重、技术要求高、患者参与能力低、工作强度大等特点。为实现护理人力资源的充分利用,本科室在原有护士长-护理组长-带班组长-责任护士的层级管理模式基础上,按管理内容设置护理质控小组长,包括仪器管理小组长、备物小组长、查费小组长、护士助理管理小组长、护士培训小组长、护生教学小组长等岗位,各小组长由带班组长兼任,依据医院文件和护理质量评价标准制定了 NCU 月优秀护理组评选表,由各小组长对护士进行量化考评并以此作为评选月优秀护理组的依据。量化考评优化了护理管理制度,为护理人员创造了公平的环境,挖掘了护理人员自身的潜力,充分调动了护理人员的工作积极性、主动性,激发了他们的工作热情。量化考评管理实施后,护理质量季度检查得分及医生、护士、病人满意度均提高。

二、实施方法

(一) 标准

量化考评的标准总计 10 项,分别是:护士仪表、护理文书、基础护理、健康教育、消毒隔离、药品管理、二线值班查房(护理二线值班由护理部对工作 5 年以上的护师进行培训,考核合格后上岗)、培训考核、医生评价、奖励加分。每项占 10 分,总分 100 分。

(二) 实施

量化考评着重体现日常考评、细节考评,即每日白天由护士长、护理组长针对相关内容对每个护士进行量化考评,将出现的相关问题登记在日常考评记录本中,遇到紧急事件时立即进行整改并签名,如遇到当事人不在班的非紧急事件时告知当事人 48h 内进行整改并签名。科室的医生也参与护士的量化考评,每月均对护士的表现给予评分,并提出护士在护理工作中的问题和改进意见。各小组长在护士长及护理组长的指导下,加强对护理工作中的细节问题进行质量控制,并记录在持续质量改进本中,由护士长和护理组长每周对其质量控制内容进行汇总,并在护理组例会中进行总结分析。每月月底由护士长及护理组长将每个护士的量化考评成绩进行汇总分析,明确找出护理工作中容易出现的问题,以进一步有的放矢地指导临床护理质量的持续改进,并根据护理小组中各个护士量化考评平均分的高低,评选出优秀护理组。评选出的月优秀护理组,给予一定的绩效薪酬加分。如有被病人家属投诉、被护理部查房扣分、工作中出现差错或事故(压疮、烫伤、坠床、发错药等)的情况时,将取消评优资格。

(三) 评价

护理质量的评价依据护理部的护理季度检查得分结果;医生、护士及患者的满意度评价通过发放调查问卷得出。

三、注意事项

NCU 的量化考评管理是依据医院相关文件及护理质量评价标准,结合科室要求制定月



优秀护理组量化考评标准、日常考评记录本、护理持续质量改进本,通过护理组讨论、修订后开始实施。由护士长、护理组长及护士培训小组组长、护生教学小组组长、护士助理管理小组组长、贵重仪器管理小组组长、备物小组组长、查费小组组长严格依据月优秀护理组量化考评标准对各护理小组进行量化考评。

四、临床推广的意义与不足

(一) 意义

1. 实施量化考评管理后,各项护理工作质量均较前有所提高(表 1-2-1)。量化考评将定性考核变为定量考核,尽可能用数据说话,做到客观评价,评价结果直接影响到个人的绩效工资、评先评优,从而真正体现了干多干少不一样、干难干易不一样、干好干坏不一样的原则,促使每一位护士最大限度地发挥自己的潜能,创造更好的工作业绩。另外,各小组组长、医生也参与了护士的量化考评,这样能及时发现护理工作中的问题,及时分析原因并提出整改措施。对护理工作各个环节的细节均进行考评,也增加了护士的危机感,加强了管理者对临床工作的监督、检查和指导。量化考评有效地推进了护理质量提升的良性循环,并促进了护理质量的持续改进。通过量化考评标准的引导,护士了解了工作的要求和自己要达到的目标以及自己存在的差距和改进方向,促使其努力学习理论知识和业务技能,并积极参加各种竞赛和学习班,有力地促进了护理团队的发展和护士整体素质的提高。量化考评实施过程中以正性鼓励为主,负性约束不良行为为辅,给护士在工作纪律、护理服务、工作质量、协作精神等方面建立了一个公平成长的平台,调动了护士工作的积极性、创造性和责任感。以护理小组为单位评优,促使了带班护士努力提升自身的管理能力,加强临床带教,对本组护士的药品管理、消毒隔离、护理文书、基础护理、健康宣教等护理工作进行质量控制,并强化组员团结协作,促使人人参与病区管理,护理工作安排合理有序、分工明确,各级护士均能熟练地完成本职工作,对所要求的护理技术逐渐达到熟练及精湛,进而提高了护理质量。

表 1-2-1 实施前后护理质量评分比较($\bar{x}\pm s$)

时间	检查次数	急救物品	消毒隔离	护理文书	基础护理	健康宣教	药品管理
实施前	12	98.5 $\pm$ 1.34	98.50 $\pm$ 0.24	98.01 $\pm$ 2.34	92.10 $\pm$ 1.36	97.81 $\pm$ 1.36	98.01 $\pm$ 1.19
实施后	12	99.5 $\pm$ 0.20	99.10 $\pm$ 1.34	99.35 $\pm$ 1.24	94.30 $\pm$ 0.36	98.20 $\pm$ 1.36	99.20 $\pm$ 1.30
<i>t</i> 值		-12.159	-23.906	-14.209	-22.246	-14.681	-16.699
<i>P</i>		0.002	0.002	0.000	0.000	0.003	0.001

2. 实施量化考评有助于提高医生、护士和病人的满意度(表 1-2-2)。量化考评方式包括医生评价,医生能及时了解护士在病情观察、急救技能、医护配合等方面存在的问题,并得以改进和提升,使病人得到了及时、有效、准确的治疗和护理,医生对护士满意度提高。量化考评内容涉及培训考核、参与竞赛、学习班和论文发表等内容,促使护士们加强理论知识和专业技能的学习,参与各种竞赛,并通过继续深造来提升自己的业务水平,特别是对护理科研的量化考评让护士们看到了自身的价值。量化考评管理实施后,护士的护理水平不断提升,护理质量不断提高,特别是对护士基础护理落实情况的量化考评使病人“三短六洁”得以



真正实现,让病人得到了实惠,赢得了病人的满意。

表 1-2-2 实施前后医生、护士和病人满意度评分比较($\bar{x}\pm s$)

时间	医生满意度 ($n=60$)	护士满意度 ($n=120$)	病人满意度 ($n=120$)
实施前	51.83±1.98	48.73±0.71	34.11±1.54
实施后	64.85±0.86	64.92±1.33	37.97±0.40
t 值	-23.130	-41.548	-4.395
P	0.001	0.000	0.006

(二) 不足

本研究的量化考评管理由量化考评管理小组负责,小组成员由护士长、护理组长及各兼职小组长组成。其中兼职小组长由带班护士兼任,需加强其量化考评管理能力的培训,以取得更客观、公正的结果,从而进一步提高量化考评管理的效果。

五、论文刊出

张晓梅,黄榕,谭庙琴,等.神经内科 ICU 实施量化考评管理的效果研究.护理研究,2015,29(12):1457-1460.

(张晓梅)

第三节 新护士阶梯式责任管床培训模式的临床应用

一、护理依据

随着“医院优质护理服务示范工程”的要求,提高护士专业水平,提高护理质量以及患者满意度显得尤为重要。新护士是护理队伍的新生力量,但由于缺乏工作经验和沟通技巧、专业技能及应急能力欠缺等,是工作中发生护理风险的高危人群。对新护士进行系统规范的培训不仅是护理人才选拔和培养的基础,也是患者在住院期间安全和舒适的保证。而传统的长期跟班带教模式已不适应临床的需求,说教式管理已不适应新护士的带教管理,新护士希望能有以护士为主体、老师为客体及有计划、有目标的互动式教学方法。本科室通过不断实践与创新,自创阶梯式责任管床培训模式(即阶梯式责任管床与导师式带教、PBL 教学相结合),并取得了患者满意、护士满意的良好效果。

二、阶梯式责任管床培训模式

阶梯式责任管床培训模式见图 1-3-1、图 1-3-2。

(一) 路径表的设计及实施

将基于问题学习(PBL)教学模式应用到新护士培训中,方式包括床边护理查房、现场操作练习;每周床边授课与集中教学查房相结合,每月参加科室组织的护理查房、讲座,理论与技能培训等。授课及查房内容包括:专科知识培训(护理常规、专科特殊检查、用药护理);专业技能培训(专科操作技能);评判性思维培训;核心制度的学习;沟通技巧培训。

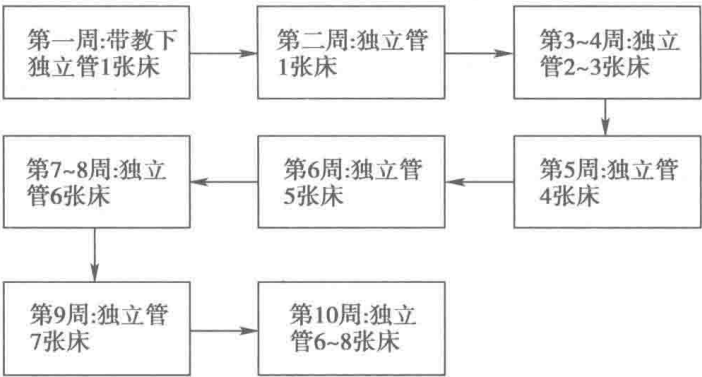


图 1-3-1 新入职护士(刚工作护士)阶梯式责任管床

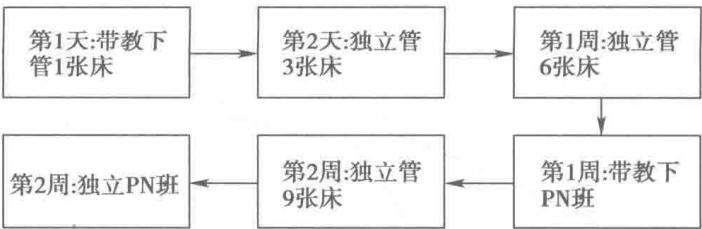


图 1-3-2 新入科护士(轮转护士)阶梯式责任管床

(二) 路径表的应用

1. 方法 新护士每人指定两位带教老师,实施阶梯式责任管床,每周结束后均需带教老师及护士长考核合格后方进行下一周的培训,否则继续按原方案培训。
2. 效果 实行阶梯式责任制管床后,护士自我满意度、患者满意度、带教老师满意度各项评分观察组与对照组比较,均 $P<0.05$, 优于对照组,差异有统计学意义(表 1-3-1)。对新护士进行专科知识、专科技能以及对护理质量进行考核,观察组与对照组比较,均 $P<0.05$, 优于对照组,差异有统计学意义(表 1-3-2)。

表 1-3-1 两组护士自我、患者、带教老师满意度评分比较

组别(n)	护士自我满意度	患者满意度	带教老师满意度
观察组(42)	46.7±2.04	45.5±4.96	48.8±3.25
对照组(38)	30.6±1.86	30.3±5.42	35.7±6.43
P	<0.05	<0.05	<0.05

表 1-3-2 两组护士专科知识、专科技能、护理质量考核成绩比较

组别(n)	专科知识	专科技能	护理质量
观察组(42)	93±5.6	96±2.9	97±2.1
对照组(38)	86±4.9	91±2.8	92±2.2
P	<0.05	<0.05	<0.05



三、注意事项

(一) 带教老师的选择

带教老师能级必须是 N2 及以上,具备良好的职业素养,较强的责任心,能够承担临床带教任务。

(二) 动态评估

每周结束后由带教老师及护士长考核合格后方进行下一周的培训,否则继续按原方案培训。每日带教老师应评价带教护士的状态,检查其病情、护理重点等,并由带教老师检查当日患者护理情况,包括护理工作完成情况及护理质量,询问带教护士当日护理感受,并进行相关问题答疑,了解带教护士的心态,以便于老师评估是否增加其管床数量。

四、临床推广的意义与不足

(一) 意义

通过阶梯式责任管床来充分发挥新护士的主观能动性,帮助新护士树立责任感,培养其独立解决问题的能力。促使新护士的工作积极性和适应性得到提高,同时锻炼了评判性思维,提高综合素质,最终提升了新护士的专科护理能力,为患者提供较高水平的专科护理服务。该模式具有计划性和目标性,可针对性地培训不同水平的新护士,有利于提高临床带教老师带教效率。阶梯式责任管床真正做到了责任到组,具体到人,有固定的护士负责固定的患者,护士对患者的责任感增强,对治疗护理效果的跟踪及时、连续、全程。从而全面掌握了患者的病情及其动态变化,制定适宜的护理计划,做到以患者为中心,8 小时在岗,24 小时负责,真正体现了全程护理的内涵。

(二) 不足

护理人员需求量大、新护士的人数逐年递增、新护士临床实践培训还处于摸索与初步实践阶段、带教老师的自身素质与带教能力有待提高等因素,而这些因素均会对新护士的成长起到关键的影响,因此完善一套适合神经内科自己的新护士培训模式亟待解决,也是我们在临床实践和护理带教过程中需要思考和持续改进的地方。

五、论文刊出

沙玲,沈小芳.新护士阶梯式责任管床培训模式的实践.护理学杂志,2015,30(13): 64-66.

(沈小芳)

第四节 交接班模式的管理

一、管理依据

交班是指将患者资料由一位健康照护者交给另一位健康照护者的过程。护理交班制度是护理工作核心制度之一,特别是危重症病人护理,交接班直接关系到护理工作的连续性和整体性。而国内外研究表明,医疗不良事件常发生于医务人员间信息传递的缺失。国内文



献表明因交接班导致的护理缺陷占医院护理缺陷的 15.17%。美国健康研究及品质管理中心的调查发现 49%的医护人员表示存在在照护患者时因交班遗漏患者的信息而发生疏忽的情况。临床护理人员采取轮班制,每班都需要面对两次交接班程序,目前传统交班模式为交班护士与接班护士一同至患者床旁,由交班护士报告患者的病情变化包括管道、皮肤、异常检验结果、特殊检查结果、风险评估等。但近年来由于临床护士轮换率高、医疗资讯快速增加,加上临床工作繁忙,特别是重症监护病房,患者病情危重复杂、变化快、接受治疗护理项目多且连续性强、交班信息量大,如缺乏明确的交班工具与流程则会造成信息的遗漏,影响患者的安全。因此,重症监护病房交班内容与方法工具应该标准化,以达到信息传递的完整性。

目前已有研究报道,通过综合归纳多个 ICU 病房护士病情交班内容和项目,在 SBAR 沟通模式的基础上进行改良,设计 I PASS ABCDE 结构化交班模式,运用于 ICU 护士各班交接中,取得了良好效果。

二、交接班模式的调整

(一) I PASS ABCDE 结构化病情交班模式设计

核心研究团队由医生 1 名、科护士长 1 名、护士长 3 名、主管护师 2 名、护士 3 名组成。通过对 SBAR 交班模式进行改良设计,并查阅相关文献及专家咨询,加入 ICU 专科特色元素,如高危风险预警、监护、呼吸治疗参数、报警设置、气道管理、管路维护等,最终制定出符合 ICU 实际情况的结构化交班模板,将 10 项交班内容分为 5 个部分,并以“I PASS ABCDE”口诀加以设计,各字母代表内容如下:身份确认(identity)、患者病史相关资料(patient)、评估(assessment)、表单(sheet)、情境(situation)、气道管理(airway)、呼吸治疗(breath)、现状(current Status)、4D[药物(drugs)、输液(drip)、敷料(dressing)、引流(drainage)]、事件(event)。见表 1-4-1。

表 1-4-1 I PASS ABCDE 结构化病情交班模板

I:身份确认 (identity)	P:患者 (patient)	A:评估 (assessment)	S:表单 (sheet)	S:情境 (situation)
姓名	入 ICU 诊断	异常实验室结果	压疮风险评估	A-气道
ID 号	现病史	异常影像学检查结果	导管风险评估	B-呼吸
腕带	既往史	多重耐药菌感染	跌倒/坠床风险评估	C-现状
			疼痛评估	D-4D
			专科评估单	E-事件
A(airway)	B(breath)	C(current status)	D(drugs、drip、dressing、drainage)	E(event)
☐ 气道方式	☐ 氧疗方式	☐ 神志瞳孔	☐ 药物 ☐ 输液	☐ 饮食 ☐ 排泄
☐ 气道情况	☐ 通气方式	☐ 生命体征	☐ 敷料 ☐ 引流	☐ 情绪 ☐ 体位
	☐ 治疗参数	☐ 报警设置		☐ 皮肤 ☐ 其他



（二）交接班模式的实施过程

1. 计算机交接 交班和接班护士对照结构化交班模板,以 I PASS ABCDE 流程进行计算机交接,逐条勾选交班,并可通过床旁重症信息系统与 HIS 中患者的病历相联结,查看包括患者入院记录、病程记录、检验与影像学结果、各类护理评估表单,以方便护士在交班时直接陈述。

2. 床旁交班 交班护士和接班护士一同到患者床旁进行床旁交班,确认患者的气道、呼吸、生命体征现状、静脉输液、营养支持、床旁仪器设备等是否与口头交班内容一致,确认无误后双方在交班模板上签名表示完成交接。

三、注意事项

（一）新的交接班模式在推广前必须经过培训教育,让护士意识到新交接班模式的重要意义和掌握具体实施的方法。

（二）通过设计交接班核查表作为护士交接班的指引,培训护士对新交接班模式的掌握,形成良好的交接班习惯。

四、临床推广的意义与不足

（一）意义

1. I PASS ABCDE 结构化交班模式是 SBAR 的延伸,除符合 SBAR 的交班内容外,加入 ICU 专科特有元素,如高危预警评分、气道管理、呼吸治疗、院感防控等相关内容。交班内容中的大部分患者资料来自与 HIS 的联结,包括患者基本信息、病程记录、影像学检查结果、检验结果、各种高危风险预警评分等数据均可在电子病历中调取,生命体征的数据直接采集于各生命体征监护仪,且设置监护项目报警范围,将异常结果作明显的颜色区别以提示报警,方便交班时直接陈述。且该交班模式对各项交班内容进行整合并加以结构化,设计 I PASS ABCDE 口诀,容易上口、有逻辑可循,避免了护士跳跃式交班造成的信息遗漏。

2. 通过对护士进行结构化病情交班规范化教育培训后,实施结构化病情交班模式,发现护士病情交班缺陷率明显下降,其中患者身份确认不全、入科诊断、病史/过敏史、实验室及影像学异常结果、高危风险预警、监护参数及报警设置、动态病情变化、气道及呼吸参数、管道护理、体位与饮食、输液和用药 11 个项目实施前后比较均具有统计学意义,说明运用结构化病情交班模式进行规范交班可以有效提高 ICU 护士病情交班的完整性。

3. 实施结构化 交班后护士对危重患者病情掌握程度明显提高,交班质量改善。护士在交班时更能清晰地认知交接班的重点内容,按照交接项目逐项进行交接,比传统交班内容更全面,条理更清楚,患者病史资料和住院期间各项异常检验报告、生命体征变化趋势及处置情况翔实,能准确对其存在的专科风险做出评估,并积极采取有效措施降低患者的病情风险。

（二）不足

护士初期使用本交接班模式时每例患者花费的时间为 8~12min,故本研究未将交班时间纳入,主要考虑护士对 HIS 尚未熟练以及目前我院 HIS 的局限性,下一步将针对交班流程与 HIS 的无缝对接做进一步的改进和探讨。



五、论文刊出

彭小贝,贺爱兰,高红梅,等.I PASS ABCDE 结构化病情交班模式提升 ICU 护士交班质量.护理学杂志,2017,32(3):43-45.

(李丹梅)

第五节 病情早期预警工作流程的应用

一、应用依据

医疗安全是医院管理的核心。重大并发症的早期发现可以大大降低患者意外事件发生率、ICU 再入住率、死亡率及缩短平均住院日,减少患者住院费用,减少医疗资源的浪费。随着急危重病医学的发展,“潜在危重病”越来越受到临床医护人员的重视。所谓“潜在危重病”就是指那些表面上没有特定某一器官衰竭的明显依据,但若不及时进行有效的干预处理,患者有可能在数小时或数天后病情快速发展,成为危重患者,甚至危及生命。在英国,多数回顾性研究发现:大多数普通病区患者发生病情变化转入 ICU 前或者发生呼吸心搏骤停前都存在明显的预警信号。这些预警信号在临床上大多数表现为呼吸急促、意识状态的改变、心律失常、血压异常、动脉血氧饱和度低及尿量异常。这些患者 80% 以上完全可以在发生该类严重不良事件之前 24 小时内被观测到,而研究却发现护士往往未能及时将这些恶化迹象通知医生,产生了所谓不恰当的监护。有研究认为这种低质量的照护与临床工作人员缺乏相应的知识、技能,对病情评估不足及寻求支持困难有密切关系。之所以出现该类意外事件,一方面与护士的知识、经验不足有关,不能及时预测及发现病情;另一方面与护士在向医生汇报病情时表达不准确或表达不充分,从而使医生不能信服,缺乏及时处理有关。临床过程中,医护人员间沟通不良是对患者造成意外伤害的主要原因。临床交接班存在的常见问题有交班者交班内容不准确、不全面;交班条理不清晰,重点不突出;医学术语使用不准确、不恰当。接班者对所交患者的疾病或相关知识不了解,交班时注意力不集中,导致沟通不足,效果不佳。国际医疗机构认证联合委员会(Joint Commission International, JCI)认为改善医护人员之间的交流有助于防止不良结果的发生,增加团队合作。建立有效的沟通机制是 JCI 标准关注的安全因素,“严格执行在特殊情况下医护人员之间有效沟通的程序”也是患者十大安全目标之一。因此,如何早期识别普通患者潜在危重病情,科学、客观地评价病情,并建立科学、有效、统一的医护沟通标准势在必行。故借鉴国外及我国香港的经验,结合本院的特点创新性地建立了病情早期预警工作流程,并取得了较好的效果。

二、改良早期预警评分表及 SBAR 在临床护理工作中的应用

(一) 改良早期预警评分表

病情早期预警评分系统通过对相关的每一项生理参数进行观察并赋值,即给予一个分数,将所有参数评分相加得到一个总分并判断是否达到或超过了事先约定的触发值,从而启动相应的医疗干预预案。改良早期预警评分表(Modified Early Warning Score, MEWS)经过实践改良得到简化,由收缩压、心率、呼吸、意识、体温构成(表 1-5-1),每个参数 0~3 分,总分