

最新护理文书 书写基本规范

主编 杨 靓 谢红珍 谢玉茹



辽宁科学技术出版社

LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

最新护理文书书写基本规范

主 编 杨 靓 谢红珍 谢玉茹

内容简介

本书系统地介绍了护理文书的概念、意义,书写的基本原则和要求;体温单、医嘱单、一般、危重、特殊护理以及手术室护理记录单的内容及要求;病室交班报告、整体护理病历、护理告知及知情同意书、护理文书工作流程、护理文书管理及护理文书相关制度;此外,还介绍了战时护理文书书写及登统计工作等。内容全面、论述清晰、编排合理,可供军地医院护理工作者及管理者工作、学习、带教之时参考。

图书在版编目(CIP)数据

最新护理文书书写基本规范/杨靓,谢红珍,谢玉茹主编. —沈阳:辽宁科学技术出版社, 2017. 9

ISBN 978 - 7 - 5591 - 0449 - 6

I. ①最… II. ①杨… ②谢… ③谢… III. ①护理—病案—书写规则 IV. ①R197. 323. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 245929 号

版权所有 侵权必究

出版发行: 辽宁科学技术出版社

北京拂石医典图书有限公司

地址: 北京海淀区车公庄西路华通大厦 B 座 15 层

联系电话: 010-88019650/024-23284376

传 真: 010-88019377

E - mail: fushichuanmei@mail.lnpgc.com.cn

印 刷 者: 北京亚通印刷有限责任公司

经 销 者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm

字 数: 440 千字

出版时间: 2018 年 1 月第 1 版

印 张: 17.75

印刷时间: 2018 年 1 月第 1 次印刷

责任编辑: 李俊卿

封面设计: 永诚天地

版式设计: 天地鹏博

责任校对: 梁晓洁

封面制作: 永诚天地

责任印制: 高春雨

如有质量问题, 请速与印务部联系 联系电话: 010-88019750

定 价: 55.00 元

《最新护理文书书写基本规范》

编委会

主 编 杨 靓 谢红珍 谢玉茹

副主编 张 岚 康慧鑫 左 丹

编 委 (按姓氏拼音排序)

陈 佩 解放军广州总医院

陈 群 上海交通大学医学院附属苏州九龙医院

陈永霞 解放军广州总医院

程凌燕 解放军总医院第一附属医院

蒋 艳 解放军广州总医院

康慧鑫 解放军广州总医院

李俊璞 解放军广州总医院

刘丽华 解放军广州总医院

彭丹丹 解放军广州总医院

孙慧娟 北京医院

汪 际 解放军第八五医院

王 芳 解放军南京总医院

王永华 解放军成都总医院

席惠君 海军医科大学第一附属医院

谢红珍 解放军广州总医院

谢玉茹 解放军广州总医院

杨 靓 解放军广州总医院

张 岚 陆军总医院

左 丹 解放军广州总医院

前 言

护理文书书写是指护理人员通过对病人评估、查体、化验、检查及护理等临床活动获得相关资料，并对其进行归纳、分析、整理，形成对护理活动的客观记录。

按照国务院《医疗事故处理条例》，卫生部、国家中医药管理局下发的《病历书写基本规范（试行）》（以下简称《规范》）和《医疗机构病历管理规定》（以下简称《规定》）要求，护理文书是病历的重要组成部分，是临床、教学、科研、管理的宝贵资料。护理文书书写应客观、真实、准确、及时、完整，保持动态连续性。为了进一步提高临床护理文书书写质量，促进护理文书书写规范化，我们根据各版最新的医疗护理文书书写规定，结合医院护理工作实际，融合医院信息化管理，以自身的成熟做法、经验体会为基础，参考、学习、吸纳国内外相关文献中的精华，首次将电子病历纳入书中，力求使其更具科学性、规范性、全面性和可操作性。本书分十五章，书末附五个附录。力求体现“全”“实”两大特点。

一是内容全面、系统。本书所叙述的护理文书除传统的体温单、医嘱单、护理记录单、手术记录单、病室交班报告外，还包括整体护理病历、护理告知知情同意书书写等新形势下的要求内容。此外，结合军队医院的任务，还加入了有关战时护理文书书写的内容。

二是内容具体、实用。基本涵盖了各种护理文书的书写内容、书写格式和具体示例，对各种护理文书书写都提出了具体要求和考评项目、内容和评价标准；详尽地叙述了护理文书管理并介绍了相关的各项规章制度，可作为临床的护理工作者及各级医院护理管理者工作、学习之时的实用参考书和工具书。

谨向所引参考文献的各位专家、作者致以诚挚的谢意！

由于时间仓促，水平所限，错误疏漏之处在所难免，恳请专家、读者批评指导。

编者
2017年5月

目 录

第一章 概述	(1)
一、护理文书概念	(1)
二、护理文书的意义	(1)
三、护理文书书写的基本原则	(2)
四、护理文书书写的基本要求	(2)
五、护理文书中常用术语释义	(3)
第二章 体温单	(7)
一、书写内容及要求	(7)
二、示例	(8)
三、质量考评	(8)
第三章 医嘱单	(14)
一、医嘱单内容、种类和质控要求	(14)
二、长期医嘱单	(15)
三、临时医嘱单	(19)
四、备用医嘱内容及要求	(20)
五、重整医嘱	(24)
六、医嘱单计算机管理的注意事项	(24)
第四章 一般患者护理记录单	(26)
一、书写内容	(26)
二、护理病历书写的基本要求	(26)
三、示例	(38)
四、质量考评	(81)
第五章 特别护理记录单(重症监护记录)	(82)
一、特别护理记录单	(82)
二、重症监护护理记录单	(83)
三、示例	(84)
四、质量考评	(105)
第六章 特殊护理记录单	(107)
一、产科护理记录单	(107)

二、新生儿护理记录单	(114)
三、精神疾病患者护理记录单	(117)
四、护理会诊单	(120)
五、静脉输液记录单	(123)
六、康复护理治疗单	(127)
七、血液透析治疗护理记录表	(130)
八、手术护理记录单	(133)
第七章 临床常用护理评估表单	(141)
一、住院患者跌倒/坠床危险因素连续评估表	(141)
二、住院患者压疮危险因素连续评估表	(141)
三、住院患者导管滑脱危险因素评估表	(144)
四、人工气道及呼吸机相关肺炎监测评估表	(144)
五、深静脉置管及相关感染监测评估表	(144)
六、留置导尿管及相关感染监测评估表	(144)
七、住院患者自理能力评定表	(144)
八、疼痛评估表	(145)
第八章 病区交班报告	(155)
一、书写内容	(155)
二、书写要求	(155)
三、书写顺序	(155)
四、格式	(156)
五、示例	(156)
六、质量考评	(156)
第九章 整体护理病历	(163)
一、入院病人护理评估单	(163)
二、护理计划单	(165)
三、健康教育评估单	(167)
四、护理查房记录单	(169)
五、护嘱记录单	(173)
六、住院病人护理评价单	(176)
七、住院病人出院指导单	(177)
八、整体护理病历质量考评	(181)
第十章 护理告知及知情同意书	(182)
一、入院病人告知书	(182)
二、住院病人离院责任告知书	(182)
三、住院患者各种风险告知书	(186)

四、特殊护理操作知情同意书	(189)
第十一章 护理文书工作流程	(196)
一、执行长期医嘱工作流程	(196)
二、执行临时医嘱工作流程	(197)
三、整体护理病历书写流程	(198)
四、护理记录单书写工作流程	(199)
五、健康教育工作流程	(200)
六、护理计划单制订工作流程	(201)
七、入院患者护理评估工作流程	(202)
八、病区交班报告工作流程	(203)
九、护理查房工作流程	(204)
第十二章 护理文书管理	(205)
一、护理文书书写中存在的问题	(205)
二、护理文书的责任制管理	(206)
三、护理文书的质量标准	(206)
四、护理文书的质量监控	(207)
五、护理文书的培训管理	(207)
六、护理文书的风险规范管理	(208)
七、护理文书的归档管理	(209)
第十三章 战时护理文书书写及登统计工作	(210)
一、战时护理文书书写及登统计工作的意义	(210)
二、战时护理文书书写及登统计工作的路径	(210)
三、战时护理文书的书写	(211)
四、战时护理登统计工作	(224)
第十四章 护理文书相关制度	(229)
一、执行医嘱制度	(229)
二、关于医嘱执行单签字及保存的规定	(229)
三、查对制度	(230)
四、抢救工作制度	(230)
五、护理事故、缺陷登记报告制度	(230)
六、住院护理病历排列顺序	(231)
七、出院（死亡）病历排列顺序	(231)
八、住院病历管理制度	(233)
九、病房医疗文件管理制度	(233)
十、值班、交接班制度	(234)
十一、分级护理制度	(234)

第十五章 电子护理病历书写要求与质量监控	(236)
附录一 医疗机构病历管理规定	(238)
附录二 病历书写基本规范	(240)
附录三 《病历书写基本规范》修订情况浅析	(247)
附录四 中医护理文件书写规范及要求	(252)
一、护理文件书写的基本要求	(252)
二、体温单书写要求及内容	(253)
三、医嘱单的内容及要求	(255)
四、护理记录单书写要求	(256)
五、手术清点及安全核查记录单填写要求	(258)
附录五 电子护理病历范本	(260)
参考文献	(272)

第一章 概述

一、护理文书概念

护理文书是指护理人员在护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总称。它包括体温单、护理记录单、手术护理记录、长期医嘱单、临时医嘱单、病室护理交班报告等。它是护理工作的全面记录,是正确诊断、抉择治疗和护理的科学依据,体现着医院医疗、护理质量、管理水平和护士业务素质,也是临床、教学、科研的重要资料。根据《医疗事故处理条例》规定,体温单、医嘱单、护理记录属于病人复印或复制资料的范围,因此具有法律效力。

二、护理文书的意义

1. 护理文书是病人诊断、抢救、治疗、康复的重要依据 病人从入院开始,护士就为病人测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征,观察病情,了解病人状况,并及时、准确地记录于护理文书上。特别是危重症病人及围手术期病人,更是需要严密观察,必要时几分钟就要测量生命体征,记录病情观察结果。护理文书中的医嘱单、护理记录单等记录着护士在执行医嘱,完成各项抢救、治疗、护理措施的详细情况,是临床第一手观察资料,为医师诊断、抢救、治疗病人提供重要的决策依据,对顺利完成抢救、手术、治疗及病人早日康复具有重要的意义。

2. 护理文书是医疗文书的重要组成部分 护理文书是护理临床实践的原始记录文件,是具有价值的科学资料。其主要内容包括:交班报告、危重患者护理记录单、一般患者护理记录单、医嘱本、体温单、医嘱单、整体护理病历等,是医院分级管理护理文书书写合格率要求达标的表格。护理文书是由各班护理人员共同努力完成的,目的明确,操作性及实用性强。如交班报告是护士值班的重要工作记录,通过交班报告可了解全病区每天重点病人的病情变化及治疗、护理效果等情况,病区医疗及护理工作的动态,使医疗及护理工作准确无误地连续顺利运行。因此护理文书不仅是医院病历的重要组成部分,也是医院医疗、护理、教学、科研、预防、保健及管理工作的主要档案资料。

3. 护理文书是护患纠纷判定法律责任的重要佐证 2002年国务院颁布施行的《医疗事故处理条例》及国家卫生部和国家中医药管理局联合印发的《病历书写基本规范》中,进一步明确了护理文书的法律地位。随着人们法律意识的提高,病人依照法律规定,衡量医疗护理行为和后果的意识不断增强,护理文书的法律敏感性显得尤其重要。因此,应将法律意识教育及相关政策法规性文件学习纳入护理工作及护理管理的始终,从而增强护理人员的职业法律意识,明确法律与护理工作的关系,提高护理文书书写中运用法律知识的能力,强化对病人负责和对护士负责,增强自我保护意识,使护理文书真正成为护理工作举证倒置的重要资料。

4. 护理文书是护理质量的重要内容 护理文书是护理质量的核心要素之一,是一项严谨而重要的工作,是护士根据医嘱和病情,对病人进行护理过程的客观记录,其质量的好坏不仅反映了护士的实际工作能力、工作责任心,而且也反映护理管理的整体水平。护理文书中的各种表格书写质量,在很大程度上反映了护理工作状况及护理质量,是医院分级管理质量评价指标中的重要一项,因此,应重视提高护理文书的书写质量。

5. 护理文书是教学、科研的重要资料 护理文书全面、及时、准确地记录下某一伤病发生、发展、转归过程中的临床护理全过程,是护理学科理论、技术的具体转化和体现。通过护理文书的学习,可以将书本的理论和具体实践紧密结合,巩固书本上所学的知识。所以,护理文书是护理教学的重要资料,也是护理科研取之不尽、用之不竭的宝库。通过一定数量护理文书的归纳、分析,可以总结出对某一伤病的护理客观规律和成熟的经验,从而促进护理学科的发展和护理水平的提高。

三、护理文书书写的基本原则

1. 符合国务院颁布的《医疗事故处理条例》及国家卫生部下发的有关法律法规要求的原则。
2. 符合医疗护理常规、制度、职责和规范的原则。
3. 符合维护护患双方合法权益,防范医疗护理纠纷的原则。
4. 符合病人早诊断、早治疗、早康复的原则。
5. 符合客观、真实、准确、及时、完整地记录病人病情变化的原则。
6. 符合有利于提高护理质量的原则。
7. 符合为医疗、教学、科研提供可靠客观资料的原则。
8. 符合集科学性、规范性、技术性、实用性和可操作性为一体,体现现代护理专业特点和学科发展水平的原则。
9. 符合有利于科学、规范护理管理,预防护理差错事故及纠纷的原则。
10. 符合方便、快捷,提高工作效率的原则。

四、护理文书书写的基本要求

1. 护理文书书写应客观、真实、准确、及时、完整,签全名,盖章无效。
2. 护理文书书写应表述准确,语句通顺,标点符号正确,医学术语确切,内容简明扼要,文笔通畅,文字工整,字迹清晰端正,不涂改,格式正确。书写过程中出现错字时,应当用双横线画在错字上,在画线的错字上方用同色笔更正并签全名,并应保持原记录清晰可辨。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。
3. 每种表格的眉栏内容应包括科室、床号、姓名、住院病历号。
4. 护理文书应按规定内容书写。实习护士、试用期护士书写的内容,须经本科室执业护士(带教老师)审阅、修改并签全名。
5. 护理文书书写中应使用中文医学术语。通用的外文缩写和无正式译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。
6. 因抢救危重症病人未能及时书写记录时,当班护士应在抢救后6小时内及时据实补记,并加以注明。
7. 日期用公历年,时间用北京时间,24小时制记录。文书中使用的计量单位一律采用中华人民共和国法定计量单位。
8. 为保持医疗及护理记录的一致性,负责护士应与主管医师多沟通 and 交流,避免引起不必要的误会和纠纷。

五、护理文书中常用术语释义

为使护理文书书写规范、统一,现将护理文书中常用的术语释义如下。

1. 护理程序 以恢复或增进护理服务对象的健康为目标所进行的一系列护理活动称之为护理程序。它是一种有目标、有系统、有理论根据的动态的并能进行评价的护理方法,分评估、诊断、计划、实施和评价五个阶段。通过这种系统的程序循环,可以随时调整病人所需要的护理,预防一些潜在性健康问题及防止护理并发症的发生,科学地评价效果,总结护理经验教训,提高护理质量,从而保证病人得到适合其个性的整体护理。

2. 护理诊断 是对一个人生命过程中的生理、心理、社会文化、发展及精神方面健康问题的说明。这些问题是属于护理职责范围以内的,能用护理方法解决的。也可以说护理诊断是对有关需要护理措施来解决或减轻患者存在或潜在的健康问题的陈述。

3. 护理计划 护理计划是为达到护理目标而设计的护理方案,是护理程序的中心部分,可使病人得到系统的整体护理。在此过程中,须建立目标和措施,并将护理诊断、目标、措施、护理项目有次序地记录于护理病历的表格中。要使护理诊断确切、护理措施切实可行并取得较好的护理效果,须根据病程中各阶段病人的生理、心理上的具体问题去分析制订;根据病情变化与效果评价,随时更改和补充护理计划,体现疾病的阶段性和个体的差异性。

4. 护理措施 是护士为病人提供的特定工作项目及其具体实施方法。包括根据护理目标而制订的具体措施及根据医嘱而拟定的具体措施两个方面。措施要具体,要便于执行和检查,使护理目标得以实现。措施应在护士职权范围之内,防止将医疗措施作为护理措施。

5. 护理质量 护理质量是指护理工作中为病人提供护理技术和护理服务的效果和程度,是在临床护理过程中形成的客观表现。护理质量从广义的角度看,是指护理管理所涉及的各方面的工作质量总和;而狭义的护理质量,主要是指临床护理质量,主要包括基础护理、专科护理、康复护理、心理护理及预防和治疗病人现有的及潜在的健康问题等方面所达到的护理效果。

6. 护理质量标准 护理质量标准是护理质量管理的基础,是护理实践的依据,是衡量整个工作单位及个人的工作数量、质量的标尺和砝码。护理质量标准是根据工作项目或管理要求或管理对象而分别确定的。护理质量管理的标准化,就是制定、修改质量标准,执行质量标准,并不断进行标准建设的工作过程。它具有系统性、统一性、规范性的特征。

7. 基础护理 是指实施临床护理的基本理论、基本知识和基本技能,是专科护理的基础。其内容包括:观察病情,监测病人生命体征和生理信息,满足病人的身心需要,危重病人的抢救,基本护理技术,消毒隔离,病区护理管理等。

8. 生活护理 生活护理属于基础护理的一部分,由于复杂的致病因素和疾病的特殊性,不仅引起病人机体功能的变化,同时也导致生理需要的变化,表现在生活上的需要也有特定的要求,如饮食、睡眠、排泄、活动、室温、光线、安全等方面的生理需要都不同于健康人,因而反映在生活上的各种护理需要也应随着疾病的变化而变化。满足这些生活上的护理需要,不应误解为所谓的“生活上的照顾”。

9. 心理护理 是指在护理过程中,通过人际交往,以医护人员的言行来影响、改变病人的心理状态和行为,促进其康复的方法和手段。临床护理对改善病人的症状、体征起着重要作用,根据新的生物-心理-社会医学模式,为满足病人的心理、社会需要,更需依靠心理护理。临床护理和心理护理两者相互依存,其共同目标在于提高病人的“自我护理”能力,保持其身心

的“稳态”。

10. 护理技术操作规程 是针对护理技术操作而规定的程序和标准。其实质是护理质量控制的标准,内容包括基础护理技术操作和专科护理技术操作。操作者须掌握其原则和理论依据,须符合人体解剖、生理和病理的特点,以避免增加病人痛苦;严格掌握清洗、消毒、无菌原则,操作目的必须符合疾病的诊断、治疗,保证病人生命安全。

11. 护理病历 是护理程序的文字记录,反映护理的全过程和护理质量。书写护理病历的目的是:提供病人病情动态的资料依据;作为护理工作交接班的资料记录;评定护理工作质量的依据;为护理科学研究提供临床资料;必要时可为医疗诉讼提供法律佐证。它包括护理病历首页、护理计划单、护理记录单、护嘱、健康宣教及出院指导等内容。

12. 意识 是人的心理最集中、最本质的体现,是人所特有的对客观事物的反映。其基本特征为:①社会性。人的意识不仅是自然界长期发展的结果,而且受社会条件所制约,是社会存在的产物。②自觉性。是意识最基本的特点,表现为不仅能认识客观事物,而且能意识到自身的存在和自己的心理与行为;人在行动之前,总是有目的地制订计划、选择最佳方式方法等,并能预测行动可能取得的结果。③能动性。表现在意识能反映客观事物的本质和规律,预见事物发展过程,以指导人的有关活动。

13. 无意识 又称下意识,是指意识不到的心理活动。在无意识状态下所完成的不自觉的行为称为无意识的行为。无意识的心理活动和行为包括:睡眠状态下所发生的梦幻;所感知不到的,但实际上是由起作用的某些刺激所引起的反应;过去意识到的行为经过不断重复,在无意识状态下,这些动作和行为也能顺利完成;其他还有不自觉活动所引起的冲动等。无意识是精神分析学说的基本概念。此学说认为,心理的范围比意识要广,心理活动并不是都受意识支配的。心理可以分成意识和无意识两个对立的部分。无意识即原始冲动和本能,潜在地支持意识;意识则压制本能冲动,使它只能得到象征性的满足。

14. 医疗文书 包括病案资料的所有内容。包括病人医疗、护理,及各种检验、检查的所有内容。其作用为便于收集、管理、贮存和使用。

15. 护理常规 是对各专科疾病所制定的常规护理措施的规范条例。根据各专科疾病的发病机制、主要症状、治疗原则及并发症,协助诊断、治疗或判断疗效,以护理理论为依据结合实践经验制定临床实施的规范条例。按种类分为:①特殊症状护理。根据各种疾病所出现的共同症状,如高热、昏迷、休克等制定的常规护理。②各专科一般护理常规。根据专科疾病的共同特点找出疾病发展的规律而制定的护理常规,如内科、外科、妇产科、儿科等护理常规。③各种疾病的护理常规。按每种疾病的特点,制定具体的护理常规,如肾小球肾炎、病毒性心肌炎、病毒性肺炎等疾病的护理常规。根据业务、技术的操作特点,制定相应的护理措施。

16. 护理制度 是各项护理工作应遵循的法规。护理制度是在长期护理工作实践中总结出来的客观规律,是处理各项护理工作的准则,也是评价工作的依据;是维护正常工作秩序的保证,也是防范护理事故差错的重要措施;是护理工作达到工作程序化、管理制度化、操作规范化,确保病人安全,提高工作质量和工作效率的重要保障。护理制度主要有:病区(包括病人)管理制度,分级护理制度,护理查房制度,抢救工作制度,值班交接班制度,查对制度,消毒隔离制度,药品器材管理制度,饮食管理制度,病人入、出、转院制度,卫生宣教制度,差错事故管理制度等。

17. 护理事故 凡在护理工作中,由于不负责任、不遵守规章制度或技术操作规程,作风粗疏或业务不熟悉而给病人带来严重痛苦,造成残废或死亡等严重不良后果者称为护理事故。

事故等级分类:一级事故是指由于护理人员的过失,直接造成病人死亡者;二级事故是指促使病人死亡或造成残废者;三级事故是指造成病人轻度残废或严重痛苦。

18. 治疗性语言 是指能起到心理治疗作用的语言。包括针对病人思想顾虑采用的开导性语言、对某些疾病的暗示性语言、对检查结果正常和预后良好的解释性语言及不良预后或难治病症患者的保护性语言等。

19. 保护性语言 是针对病人的心理状态所使用的具有保护作用的语言。在治疗工作中对预后不良的病人,在沟通和表述病情时应注意措辞,避免对病人造成恶性刺激,对病人不愿透露的隐私,必须注意语言的保密性。

20. 保护性医疗 主要专指医疗机构及其医务人员为保护病人健康权益,在某些特定情况下采取隐瞒病情真相或其他相关措施,以避免对病人形成不良心理刺激,造成不良后果或对治疗效果产生不利影响。保护性医疗措施的实施在我国有法可依,其提出和被接受的理由是:担心病人得知病情真相后,不能承受病情严重带来的心理打击,所以医师有权对病人隐瞒病情。近年来,虽然有愈来愈多的学者开始质疑保护性医疗措施的法律基础和伦理学基础,但我国对绝症患者习惯上仍多采取保护性医疗措施。

21. 药品 是指用于预防、治疗、诊断疾病,有目的地调剂人的生理功能,并规定有适应证或者功能主治、用法和用量的物质。包括中药材、中药饮片、中成药、化学原料药及其制剂、抗生素、生化药品、放射性药品、血清、疫苗、血液制品和诊断药品等。

22. 不良反应 是指药物对防治疾病无益甚至不利于机体的反应。一般可分为4种类型:副作用、毒性反应、继发反应和变态反应。药物作用具有双重性,即一方面有防治作用,另一方面又可发生不良反应。

23. 副作用 是指药物在治疗剂量下出现的与治疗目的无关的作用。它可给病人带来不适或痛苦,一般较轻,危害不大,可以预料,应预先将可能发生的副作用告诉病人。

24. 毒性作用 是指药物引起的机体病理变化或损害。毒性作用可因用药剂量过大或用药时间过久,药理作用加重或机体对某种药物特别敏感所引起。可表现为中枢神经、消化、心血管、血液、泌尿等系统,以及肝、肾等重要器官的功能性或器质性损坏,甚至危及生命。在临床用药时必须严格掌握剂量、方法和疗程,以免引起毒性作用。

25. 继发反应 是指应用药物治疗后引起的一种不良后果。例如,长期应用广谱抗生素,使敏感菌株受到抑制而耐药菌株乘机繁殖,破坏生态平衡,造成的二重感染。为防止药物的继发反应,必须严格掌握适应证,合理选用药物,杜绝不恰当的联合用药和无明确指征的滥用。

26. 客观性病历资料 是指记录病人的症状、体征、病史、辅助检查结果、医嘱等客观情况的资料,还包括为病人进行手术、特殊检查、其他特殊治疗时病人或其亲属签字的医疗文书资料,《医疗事故处理条例》中规定的患者可以复印或复制病历资料中的客观病历资料。

27. 主观性病历资料 是指在医疗活动中医务人员通过对患者病情发展和治疗过程进行观察、分析、讨论并提出诊治意见等而记录的资料,多反映医务人员对患者疾病及其诊治情况的主观认识。不同医务人员,对于病程的不同时期均可能出现不同结果,甚至出现相反的观点或意见。发生医疗事故争议时,主观病历资料作为医疗机构须提交的材料之一上交医疗事故技术鉴定专家组。

28. 抢救 是对病情严重危急者或突然遭受意外伤害者所进行的紧急救护。其目的在于挽救患者的生命,使病情缓解或减少损害的影响,预防并发症或后遗症的发生。

29. 抢救成功 急、危重患者经过抢救,病情得到缓解,生命体征基本平稳24小时以上,可

认为一次抢救成功。如果病情虽有暂时减轻,但患者 24 小时内死亡,应认为抢救无效。

30. 抢救次数 对急、危重患者的抢救,如果其病情得到缓解、生命体征基本平稳 24 小时以上,可记为一次抢救(抢救成功)。如果 24 小时后病情恶化,应作为第二次抢救。如果患者虽经过抢救,但 24 小时内死亡,也应记为一次抢救(抢救无效)。

31. 猝死 世界卫生组织定义为非暴力意外发生后 6~24 小时内死亡者称为猝死,现国内外多数学者主张发病后 1 小时内死亡者为猝死。

32. 临床死亡 指呼吸和心跳停止,大脑活动暂时停止,瞳孔散大、固定和对光反射消失。呼吸和心跳的停止并非意味着一定是病情不可逆的终结,近年随着复苏技术及支持疗法的提高,即使心脏停搏 4~6 分钟,如实施正确的基本生命支持和进一步生命支持措施,仍有部分患者心、脑等重要器官功能可以部分或较完全恢复至发病前状态。

33. 脑死亡 即全脑死亡,为大脑、小脑、脑干和颈髓功能的不可逆停止和神经坏死。脑死亡的标准在不同国家及不同时期有所不同,我国还没有统一的法定标准。在排除抑制脑功能的可能因素(如药物、低温等)后,连续观察 24 小时,出现下列指标可考虑诊断:①无自主呼吸;②深度昏迷,意识完全丧失,对外界刺激全无知觉,也无运动反应;③无自主运动,肌肉张力低;④脑干反射消失,即头眼反射、前庭反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、呕吐反射等均消失;⑤脑生物电活动消失,脑电图呈电静止,诱发电位各种波消失。

第二章 体温单

体温单用于记录住院病人体温、脉搏、呼吸曲线及各种相关数据,如出入院、分娩、转出、转入、死亡时间,体重,出入量,胃液,腹水情况等。住院期间体温单排列在病历首页,以便查看,为医疗护理提供病人最基本的信息。

军队医院所用体温单的书写格式、内容和要求主要是参照沿用总后勤部卫生部主编的《医疗护理技术操作常规》(第四版)(以下简称《常规》)。编者查阅了普通高等教育“十五”国家级规划教材,姜安丽主编的《新编护理学基础》(以下简称《新编》)中体温单的书写格式、内容和要求。两者存在一些差异,现将其不同之处作一比较,仅供参考。

一、书写内容及要求

1. 眉栏 二者填写顺序不同。《常规》眉栏填写顺序是入院日期、姓名、科别、病区、床号、住院号;《新编》眉栏填写顺序是姓名、入院日期、科室、床号、住院号。

2. 住院日数 《常规》要求必要时填写患病日数;《新编》住院日数从入院当天连续填写至出院日,用阿拉伯数字“1、2……”表示。

3. 住院日期 《常规》与《新编》要求基本相同。每页第一日应填写年、月、日,其余6天只写日,如在本页6天中遇到新年度或新月份,应填写年、月、日或月、日。

4. 术后日期数 《新编》要求术后日期紧跟住院日数下一排填写,要求用蓝黑笔填写,以手术次日为第1日,用阿拉伯数定“1、2、3……”连续写至14日止,若在14日内行第二次手术,则停写第1次术后日数,第二次手术当日填写Ⅱ-0,依次填写至第二次手术后第14日为止;《常规》体温单术后日数填写以手术次日为第1日用阿拉伯数字,写至第7日止,第二次手术填写要求与《新编》一致,同样是写至第7日止。

5. 40~42℃之间 《新编》填写要求根据患者的具体情况,用红墨水笔在相应日期和时间栏内纵行填写入院、手术、分娩、转科、死亡、出院的时间,用中文大写数字书写××时××分,如果时间与体温单上的整点时间不相等时,填写在临近侧的时间栏内;《常规》要求40~42℃之间是用蓝墨水笔记录入院、分娩、死亡时间,用中文大写数字书写××时××分,而手术、转科、出院只记录在小格内不需要写时间。

6. 体温、脉搏、呼吸的填写

(1) 体温:《常规》与《新编》对体温的要求基本相同。要求在35~40℃之间绘制体温、脉搏曲线。口温为蓝“ ”,腋温为蓝“ ”,肛温为蓝“ ”。相邻两次体温用蓝实线相连。物理降温如温水或乙醇擦浴、大动脉冰敷30分钟后测试体温,以红“ ”表示,并用红色虚线与物理降温前的体温相连,下一次体温亦与物理降温前体温相连。体温<35℃者,则于34~35℃之间用蓝笔写“不升”。如患者不在病房或请假,应在本班时间段内尽量补测,若确实无法补测,则于34~35℃之间写“患者不在”。任何异常高或低的体温,应重复测试,待肯定无误后记入,并须立即报告护士长或医师。患者体温不升、拒试、不在病房未测体温,前后两次曲线断开不连。每日1次的体温统一打在体温单的14:00上,每日2次的体温统一打在体温单的6:00、14:00上,每日4次的体温统一打在体温单的6:00、10:00、14:00、18:00上,每日6次的体温统

一打在体温单的 2:00、6:00、10:00、14:00、18:00、22:00 上。一般新入院患者测体温 2 次/日,连测 3 天,如体温正常改为 1 次/日(14:00),直至出院。发热病人测体温要求:发热 37.5℃ 以上者测体温 4 次/日,38.5℃ 以上测体温 1 次/4 小时(6 次/日),体温正常 3 天后可改为 1 次/日。大中手术前 1 天测体温 2 次/日,大手术后测体温 4 次/日,中手术后测体温 2 次/日,连测 7 天,无异常者改为 1 次/日。儿科患者测量体温、脉搏、呼吸 4 次/日(新入院者连测 3 日),3 岁以下免测脉搏、呼吸。但病危、病重、发热及心血管系统疾病患儿应测体温、脉搏及呼吸 1 次/4 小时。

(2)脉搏:《常规》与《新编》脉率均以红“·”、心率以红“○”表示,相邻脉率或心率用红实线相连。脉搏短绌时,《新编》要求在脉率和心率两曲线之间用红笔填上直线;而《常规》要求在心率与脉率之间以蓝色笔涂满。

(3)呼吸:《常规》要求呼吸在底栏填写阿拉伯数字,相邻两次呼吸上下错开填写;《新编》要求呼吸仍用曲线法来绘制,以蓝“·”表示,相邻两次呼吸用蓝实线相连,在同一平行线上时可以不连线。

7.底栏填写 《常规》底栏的内容包括呼吸、血压、大便次数、体重、尿量、输入液量、排出液量和术后天数;《新编》底栏的内容包括入量、大便次数、出量(分为尿量和其他)、血压、体重、皮试结果和其他,在内容和顺序上都有一些差异。

二、示例

1.《常规》体温单示例 见表 2-1。

2.《新编》体温单示例 见表 2-2。

三、质量考评

体温单书写质量考评表示例见表 2-3。

- 1.体温单眉栏。填写齐全、准确。
- 2.体温单顶栏。填写符合要求,有住院日数,有年、月、日。
- 3.40~42℃ 之间填写内容齐全,正确无误。
- 4.曲线绘制。点圆、线直、粗细均匀,次数符合要求。电子体温单绘制及时,与原始数据符合,满 7 天打印。
- 5.呼吸记录符合要求。
- 6.血压记录符合要求。
- 7.大便记录。次数按要求记录,灌肠的大便次数(人工肛门、大便失禁)记录符合要求。
- 8.体重记录符合要求。
- 9.出入量记录。摄入液量和排出液量记录准确无误。
- 10.术后天数记录准确无误。
- 11.体温单页面清洁整齐、内容无涂改、无缺项漏项(电子体温单要求相同)、填写项目齐全。