

图书在版编目(CIP)数据

综合医院评审护理迎检应知应会 / 李莉, 黄玉兰, 杨宗云主编.
— 武汉: 湖北科学技术出版社, 2016.12
ISBN 978-7-5352-9224-7

I. ①综… II. ①李… ②黄… ③杨… III. ①医院—护理—评定 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第268728号

策 划: 刘 玲

责任编辑: 严 冰 刘 芳

封面设计: 王 梅

出版发行: 湖北科学技术出版社

电话: 027—87679468

地 址: 武汉市雄楚大街268号

(湖北出版文化城B座13—14层)

邮编: 430070

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

排 版: 湖北桑田印刷策划有限公司

邮编: 430070

印 刷: 武汉市轩辕印务有限公司

邮编: 430034

700 × 1000

1/16

15.5印张

290千字

2016年12月第1版

2016年12月第1次印刷

定 价: 35.00元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

《综合医院评审护理迎检应知应会》编委会

主 编 李 莉 黄玉兰 杨宗云

副主编 赵 宙 李 敏 李 慧 叶 明 勾 荣 康小燕

谭 艳 惠 震 桂程君 黎世勤 李 霞 李 燕

贺丑妹 丰 蕊 李 华 毛娅妮 鲍海琴 付 燕

许红霞 彭 琳 孙 娟 代 丽 邬闻文 张桃桃

李 芳 王姗姗 郑 艳 刘 俊 李 炎 任妮丽

编 委 李秀婷 刘 玲 王 燕 孙 艳 陈雪雪 曾华飞

杜 坤 李玉梅 杜天平 孙 亮 李文芳 唐 双

孙东晗 赵国森 毛玉竹 胡 洁 朱树贞 崔 菊

郭文萍 谭 晶 刘 菲

《综合医院评审护理迎检应知应会》编委会名单

(以姓氏笔画为序)

丰蕊 (湖北医药学院附属人民医院)
勾荣 (湖北医药学院附属人民医院)
毛玉竹 (湖北医药学院)
毛娅妮 (湖北医药学院附属人民医院)
王传秀 (湖北医药学院附属人民医院)
王姗姗 (湖北医药学院附属人民医院)
王燕 (湖北医药学院附属人民医院)
付燕 (湖北医药学院附属人民医院)
代丽 (湖北医药学院附属人民医院)
叶明 (湖北医药学院附属人民医院)
任妮丽 (湖北医药学院附属人民医院)
刘俊 (湖北医药学院附属人民医院)
刘玲 (湖北医药学院附属人民医院)
刘菲 (湖北医药学院附属人民医院)
孙娟 (湖北医药学院附属人民医院)
孙东晗 (湖北医药学院附属人民医院)
孙亮 (湖北医药学院附属人民医院)
孙艳 (湖北医药学院附属人民医院)
朱树贞 (湖北医药学院)
许红霞 (湖北医药学院附属人民医院)
邬闻文 (湖北医药学院)
张桃桃 (湖北医药学院)
李华 (湖北医药学院附属人民医院)
李芳 (湖北医药学院附属人民医院)
李敏 (张湾区汉江街办夏家店社区服务中心)
李慧 (湖北医药学院附属人民医院)

李 炎（湖北医药学院附属人民医院）
李 燕（湖北医药学院附属人民医院）
李 霞（湖北医药学院附属人民医院）
李文芳（湖北医药学院附属人民医院）
李玉梅（湖北医药学院附属人民医院）
李秀婷（湖北医药学院附属人民医院）
李 莉（湖北医药学院附属人民医院）
杜天平（湖北医药学院附属人民医院）
杜 坤（湖北医药学院附属人民医院）
杨宗云（湖北医药学院附属人民医院）
陈雪雪（湖北医药学院附属人民医院）
郑 艳（湖北医药学院附属人民医院）
胡 洁（湖北医药学院）
贺丑妹（湖北医药学院附属人民医院）
赵 宙（湖北医药学院附属人民医院）
赵国森（湖北医药学院附属人民医院）
唐 双（湖北医药学院附属人民医院）
桂程君（湖北医药学院）
郭文萍（湖北医药学院附属人民医院）
崔 菊（湖北医药学院附属人民医院）
康小燕（十堰市西苑医院）
黄玉兰（湖北医药学院附属人民医院）
彭 琳（湖北医药学院附属人民医院）
惠 震（湖北医药学院）
曾华飞（湖北医药学院附属人民医院）
鲍海琴（湖北医药学院附属人民医院）
谭 艳（湖北医药学院）
谭 晶（湖北医药学院）
黎世勤（湖北医药学院附属人民医院）

前 言

为全面推进深化医药卫生体制改革,积极稳妥推进公立医院改革,逐步建立我国医院评审评价标准,促进医疗机构加强自身建设和管理,不断提高医疗质量,保证医疗安全,改善医疗服务,更好地履行社会职责和义务,提高医疗行业整体服务水平与服务能力,满足人民群众多层次的医疗服务需要,我省2015年至2017年以《三级综合医院评审标准(2011年版)》(卫医管发【2011】33号)为蓝本对各级医院进行评审,我院在我省为老牌三级甲等医院首家通过复审,为了方便各级医院评审和满足广大护理人员的需求,将患者安全作为一条主线贯穿始终,达到保障患者护理安全、严格落实患者十大安全目标的要求,使评审与实际临床护理工作有机结合而组织编写了《综合医院评审护理迎检应知应会》一书。

本书共十一部分,分别为等级医院评审现场迎检一问一答、等级医院评审相关内容、护理工作核心制度、优质护理服务、医院护理管理、护理安全知识问答、护理相关法律、法规、消防安全知识、护士岗位管理、医院评审相关的管理理论与工具等。

我们追求科学性、创新性、实用性,并把医院创建过程中的点滴经验毫无保留地介绍给同仁,希望它能成为等级医院评审以及临床护理工作者的必备用书,充分满足责任制整体护理和护士岗位管理的需要。

由于时间有限难免有不足之处,恳请各位护理同仁在使用过程中不断完善并提出宝贵意见和建议。

编 者

2016年8月

目 录

CONTENTS

第一部分 等级医院评审现场迎检	1
第一节 病房评审现场迎检技巧	1
第二节 病房评审现场迎检一问一答	3
第二部分 等级医院评审相关内容	28
第一节 等级医院评审相关内容一问一答	28
第二节 等级医院评审相关内容正确判定	29
第三部分 护理工作核心制度	48
第四部分 优质护理服务	77
第一节 优质护理服务评价细则（2014版）	77
第二节 中华人民共和国卫生行业标准（WS/T431—2013）护理分级	95
第三节 中华人民共和国卫生行业标准（WS/T433—2013）静脉治疗护理技术操作规范	97
第四节 优质护理服务相关知识	104
第五节 医院开展优质护理服务的举措	108
第五部分 医院护理管理	110
第六部分 护理安全知识问答	120
第七部分 护理相关法律、法规	133
第八部分 消防安全知识一问一答	139

第九部分 护士岗位管理	141
第一节 护士分层次规范化培训计划	141
第二节 护理岗位职责	146
第三节 护士岗位说明书	168
第十部分 医院评审相关的管理理论与工具	180
第一节 PDCA 循环理论	180
第二节 品管圈 (QCC)	181
第三节 根本原因分析	182
第四节 追踪方法学	183
第十一部分 附件	187
第一节 医院等级评审护理部分督查表	187
第二节 综合医院现场评审护理自查路径表	220
第三节 医院各层级护士年度培训及考核计划表	224
第四节 医院部门协调信息交流函	231
第五节 医院护理质控整改通知	234
第十二部分 参考文献	235

第一部分 等级医院评审现场迎检

第一节 病房评审现场迎检技巧

一、病房现场评审

(一)评审的方法

了解病房的运行情况。评审员了解病房的规模、开展的医疗护理技术、病人收治的范围、医生护士配备情况、医疗设备的配备情况。

(二)评审的内容

查看病房的总体环境。天花板、墙壁、地面无裂缝、破损、污迹、无土培植物、无漏水、铁锈、霉斑。

二、病房现场迎检准备

(1)病区进行地毯式大扫除,去除死角(包括库房、三角地带、消防后楼梯等)。地面无湿滑,无土培及水培的植物,保洁员做清洁时一定要摆放“小心地滑”标牌。

(2)医护办公室所有电脑、打印机、柜子上不允许张贴纸张,病区大楼内不要随意张贴不规范的标识。

(3)所有抽屉全部重新整理,无污迹及灰尘,分隔放置纸张和各类物品。抽屉外应有明显标识。

(4)所有呼叫面板工作正常,全病区所有时钟含走廊显示灯时间一致。

(5)安全通道畅通,管道井无杂物,有禁烟标识,病区内无烟蒂。

(6)病床高度适宜,床栏拉杆能正常使用。窗帘清洁整齐。

(7)卫生间:防滑垫、急救呼叫器正常使用、有预防跌倒标识。

三、住院病人病历检查

(1)选择一份住院病人的病历,通常选择住院时间最长的、手术后几天的、有并发症的病史。

(2)专家与医生、护士座谈,了解这个病人的住院经过、治疗和护理的开展情况。(关注重点病人:前五项疾病诊断的病人、病情复杂的病人、当日手术和特检的病人、当日或隔日出院的病人、转科的病人、与感染控制和药物管理相关的病人,护士长和责护应熟练掌握)。

(3) 查看入院记录内容是否完整,如主诉、现病史、现用药、既往史、个人史与家族史、过敏史、体格检查、初步诊断、出院计划等。

(4) 查看住院病人的门、急诊病历,记录完整,字迹清晰。

(5) 护理病历书写规范,体现病情观察重点(压疮、疼痛、切口、引流等),及时记录,及时打印(满页即应打印)。

(6) 病程记录中医生针对疼痛的描述与护士的评估吻合,医护配合,及时沟通,护理病历与医疗记录客观、一致。责任护士每日跟医查房,了解病情与治疗。疼痛描述一致。使用疼痛评分卡,疼痛评分准确,护理记录上每班有观察、处理措施,重度疼痛患者处理及时,并及时记录。

(7) 住院病人的初次评估与再评估,查看入院评估单及各种护理记录单。

1) 病人安全管理评估(跌倒风险评估、压疮评估、报告、处置、预案、流程)营养状态评估、康复能力评估等。

2) 新入院病人由责任护士对其进行首次护理评估,并在当班时间(不超过4小时)内完成“住院病人首次护理评估单”记录。护理评估后发现有营养问题、压疮、跌倒等高危病人,使用相应的风险评估单进行评估并记录,提示患者现存问题的危险程度;重、危病人制定专科护理计划。特殊评估中如有高危结果,按规定逐级上报相关部门。一旦发生压疮、跌倒、坠床、走失、自杀等,按相应的流程和预案处理,并上报不良事件。

3) 关于营养评估:初始评估如果患者有营养或功能方面的需求时,应由专科医师进一步评估。需进行综合营养评估的高危患者,应请营养师进行综合营养评估和指导。患者住院期间给予定期复评。

4) 患者出院时,应对患者需求进行评估,并给予药物、自我护理等方面的指导;患者出院后,按照《出院病人护理随访制度》对患者的康复情况进行随访评估,并提供健康教育咨询服务。

(8) 查看住院病人护理病历是否体现对某些特定人群提供个性化的评估,如老人、儿童、昏迷病人、残疾人、精神或情绪异常的病人。

1) 在为以下患者群体提供服务时,进行个性化的评估:儿童、青春期少年、年老体弱者、临终患者、急性或慢性疼痛患者、临盆妇女、怀孕终止妊娠的妇女、情绪或精神错乱者、疑似药物和/或酒精依赖者、接受化疗或者放疗的患者、免疫抑制患者。

2) 对疑似药物和/或酒精依赖患者、情绪或精神错乱者的评估要根据其需求和状况,采用与其生活地域文化相近并保密的方式进行评估,必要时请家属参与。

3) 门诊护士对就诊的此类病人进行评估后应优先就诊,必要时协助抢救和转运。

4) 上述病人入院时对初次评估有跌倒/坠床高危风险因素的病人,需使用《住院病人跌倒/坠床风险评估表》进行危险等级评分及监测记录,并根据其危险等级

采取有效的防护措施,预防跌倒/坠床发生。

(李莉 李慧 杜坤)

第二节 病房评审现场迎检一问一答

一、病房主要收治何病种

护士长总结本专科主要收治的前五种病种以及每种病种的收治标准。

二、病房床位数及床位分配情况不同床位的房间的收费及由谁决定

病区的床位数：_____,床位分配状况：_____,不同床位的房间的收费严格按照省物价部门核定的标准进行规范收费。要知道物价规定自己病房有二人间、三人间、多人间病床收费的标准。

三、病区护士人数、护士的班次安排、三班人力资源安排(护士长必须熟练掌握)

病区在编护士数：____，在岗护士分层管理状况：N0：____人，N1：____人，N2：____人，N3：____人，N4：____人，辅助岗____人。病区的排班模式为____制。每一班次的人员数：____人。年资搭配情况____。

四、访谈责护所管病人何时入院,为什么收治入院,门诊入院还是急诊入院

责任护士充分了解病人的入院经历、入院诊断、责任护士全面了解所负责病人的“十知道”，特别是病情、观察要点、专科护理要点、风险评估、健康教育、阳性检查结果、治疗及护理措施、心理护理等，回答熟练、流利。

五、收治医生入院前是否和病人沟通入院理由、入院的治疗、预期的治疗效果和费用

做好病人和家属的沟通工作,病人及家属充分知晓入院的原因、治疗和护理要点、预期效果和费用。

六、急诊入院患者有无预检,如何分诊(具体情况可去急诊室了解)

急诊室有预检及分诊。详见急诊科相关管理制度。

七、是否有病历书写时间的规定(如多久内完成初次评估)

护理评估要求在入院后4小时内完成。评估准确、全面,如有压疮、走失、跌倒风险者还需填写相应的风险评估表并密切观察。护理病历书写规范、及时,按照文件书写要求书写。

八、知情同意如输血有无知情同意书,手术有无知情同意书,内容包括哪些

(1)患者在进行特殊检查、特殊治疗、输血治疗及手术治疗前,医生会严格落实告知制度,详细讲解告知书的内容,与患者或患者委托人详细充分沟通后签署知情同意书。

(2)知情同意书的内容包括:特殊检查及手术的适应证,检查及手术治疗方法,注意事项,并发症及风险,以及在整个治疗方案中是否有替代方案等。

九、医生与病人及家属是否有沟通治疗计划,沟通内容有哪些,如初步治疗计划、预期结果、预计费用、替代方案等

医生与病人及家属会进行治疗计划的沟通,鼓励患者参与医疗安全。沟通内容:包括患者的疾病诊断、病情、诊疗方案、预计治疗费用、合并证及风险、疾病的预后等(要求每一位病人和家属均了解)。

十、医嘱尤其是抗生素医嘱和重要辅助检查的医嘱有无适应证,有无病程记录,抗生素使用后是否有疗效观察的记录

所有医嘱均有相应的适应证。抗菌药物使用有预防性用药和治疗性用药两种,各类抗生素实行分级管理,医师根据患者病情开具抗生素医嘱。抗生素使用后,密切观察患者血象及患者的症状来观察疗效,医生在病程记录上做相关记录。重要辅助检查医嘱均由主管教授查房时根据患者疾病诊疗需求来确定。

十一、责护对病人的文化、宗教信仰、心理状态是怎么样的,护士是否了解病人的心理变化,如何做好心理疏导工作

(1)所有住院病人入院时都需要进行护理评估,包括护理健康教育评估、心理评估等。责任护士每天对所包干病人进行护理需求评估,填写《责任包干病人评估表》,提供需要的护理服务。

(2)通过对病人的心理评估判断病人的情绪状态(例如:病人是否有抑郁、恐惧、易激惹以及伤害自己或他人的倾向),评估时要充分考虑到病人的社会、文化、家庭和经济状况对疾病和治疗反应的影响。

(3)在评估时,要充分与家属沟通,做好相应疏导。

十二、住院病人记忆力下降者,有哪些特殊的护理要求,有什么护理措施

(1)病人记忆力下降,可出现走失等高风险,对护理执行需要护士更加关注,对护理健康和沟通需要护士更加耐心、细致。

(2)护理措施:将病人安置在离护士站较近的病房;告知家属24小时留陪;向患者及家属进行安全告知,做好安全指导教育;佩戴手腕带、穿着患服,必要时及时填报《走失等特殊事件风险评估及防范措施记录单》并做好相应防护措施;耐心做好护理健康教育和沟通;加强巡视,密切观察,班班交接;护士督导落实执行;一旦发生走失,立即启动“病人走失应急流程”。

十三、住院病人各项风险评估、护理干预措施

(一)住院病人ADL量表是如何评分

评分 ≤ 40 分全部需要他人照护的病人;评分41-60分大部分需要他人照护的病人;评分61-99分少部分需要他人照护的病人;评分100分无需他人照护的病人。

- | | |
|--------------------|------|
| (1) 评分 ≤ 40 分 | 重度依赖 |
| (2) 评分 41-60 分 | 中度依赖 |
| (3) 评分 61-99 分 | 轻度依赖 |
| (4) 评分 100 分 | 无需依赖 |

(二)住院病人疼痛程度如何分级

1-3分轻微疼痛;4-6分比较疼痛;7-9分非常痛;10分剧痛。

(三)住院病人压疮风险如何评估

Braden 评分: 评分在 15—18 分提示轻度危险; 评分在 13—14 分提示中度危险; 评分在 10—12 分提示高度危险; 在 9 分以下提示极度危险。18 分作为预测有压疮发生危险的诊断界值, 评分 ≤ 18 分应系统落实预防压疮的措施, 密切观察皮肤变化, 及时准确记录。

(四)住院病人跌倒/坠床高危因子如何评估

跌倒/坠床风险评分标准：0-10分低风险；11-20分中度危险性；21-33分为高度危险性。评分 ≥ 10 分的中、高危病人，需在病人床头挂“防跌倒/坠床”警示标识牌，并列入交班内容，加强交接班，所有工作人员对有跌倒/坠床风险病人应予以特别关注。

(五)住院病人如何营养评分

由专业的营养师进行评定,制订完善的营养计划。

(六) 住院病人镇静镇痛评分

Riker 镇静、躁动评分

分 值	描 述	定 义
7	危险躁动	拉拽气管内插管，试图拔除各种导管，翻越床栏，攻击医护人员，在床上辗转挣扎
6	非常躁动	需要保护性束缚并反复语言提示劝阻，咬气管插管
5	躁动	焦虑或身体躁动，经言语提示劝阻可安静
4	安静合作	安静，容易唤醒，服从指令
3	镇静	嗜睡，语言刺激或轻轻摇动可唤醒并能服从简单指令，但又迅速入睡
2	非常镇静	对躯体刺激有反应，不能交流及服从指令，有自主运动
1	不能唤醒	对恶性刺激无或仅有轻微反应，不能交流及服从指令

(七) 住院患者格拉斯哥昏迷评分

格拉斯哥昏迷评分 (GCS)

项目		评分	项目		评分
1. 睁眼	正常睁眼	4	3. 运动反应	能按吩咐动作	6
	呼唤睁眼	3		对刺痛能定位	5
	刺痛睁眼	2		对刺痛能躲避	4
	不能睁眼	1		刺痛肢体屈曲反应	3
2. 语言反应	回答正确	5		刺痛肢体过伸反应	2
	回答错误	4		不能反应	1
	含糊不清	3			
	有音无语	2			
	不能发音	1			

十四、营养师是如何参与饮食指导的

(1) 根据专科预约申请，营养师对病区治疗饮食患者进行查房，了解患者营养状况及病情，配制符合治疗原则的膳食，及时提供治疗膳食。

(2) 营养师接到会诊通知，及时到病区了解患者临床症状并提出营养治疗方案，对会诊患者书写营养病历，制订营养治疗计划，并作为营养病历存档。对临床危重患者治疗饮食查看应用情况，根据病情变化随时调整治疗方案，到病房检查

(3)住院患者均可进行营养咨询,营养师结合临床诊断和营养状况,对患者做详细的营养指导,并提供个人健康膳食方案。

(1) 护理部制订有完善的防范病人压疮管理制度, 如: 压疮管理制度、压疮诊疗与护理规范、压疮风险评估及报告制度、压疮评估表、压疮报告表、压疮上报流程。

(3)院内发生压疮上报流程:由值班护士及时在网上填写压疮报告表,护理部收到压疮报表后,由辖区科护士长及时下病房查看,并提出指导性意见。因压疮评估及防护措施不到位发生院内压疮者,与护理质量考核及护士长的工作质量考核挂钩,并且科室要组织分析、讨论,制定改进措施,并有成效。

1) 压疮好发部位:

仰卧位时：好发于枕骨粗隆、肩胛部、肘部、骶尾部及足跟处，尤其好发于骶尾部。

俯卧位时：好发于面颊、耳廓、肩峰、女性乳房、肋缘突出部、男性生殖器、髂前上棘、膝部和足趾等处。

2) 压疮症状:

压疮Ⅱ期：又称炎性浸润期。如红肿部位继续受压，血液循环得不到改善，静脉回流受阻，局部静脉淤血，表现为局部红肿向外浸润、扩大、变硬；皮肤颜色转紫红色，压之不褪色；表皮常有水泡形成，具有疼痛感。

• 7 •

加剧。

压疮Ⅳ期：又称坏死溃疡期：坏死组织发黑，脓性分泌物增多，有臭味；感染向周围及深部组织扩展，侵入真皮下层和肌肉层，可深达骨骼；严重者可引起脓毒血症或败血症，危及患者生命。

不可分期压疮：皮肤全层或组织全层缺损——深度未知缺损涉及组织全层，但溃疡的实际深度完全被创面的坏死组织（黄色、棕褐色、灰色、绿色或棕色）和/或焦痂（棕褐色、棕色或黑色）所掩盖。无法确定其实际深度，除非彻底清除坏死组织和/或焦痂以暴露出创面底部。这种情况可能属于Ⅲ期或者Ⅳ期。

可疑深部组织损伤期——深度未知：皮下软组织受损，在完整但褪色的皮肤上出现局部紫色或黑紫色，或形成充血性水疱。与邻近组织相比，该区域的组织可先出现疼痛、硬肿、糜烂、松软、较冷或较热。

3) 护理措施：

①压疮干预：

发现或发生压疮后要积极采取有效措施，防止皮肤伤害的加深或扩大。护士长需对每例压疮干预进行指导；在干预上有困难者请科护士长、压疮小组指导；压疮Ⅲ期及以上压疮应由伤口治疗师会诊、指导。

②压疮的治疗措施：

- A. 保持皮肤清洁、干燥，及时清洗。
- B. 保持床铺和衣裤清洁，及时更换。
- C. 做好翻身护理，每1～2h一次。
- D. 给予减压用具：翻身枕、海绵圈、气垫床等。
- E. 加强营养，采取适当的营养支持措施。
- F. 使用减压贴进行骨隆突部位的保护。
- G. 使用溃疡贴或透明贴等新型敷料处理创面，或按外科换药处理。
- H. 局部涂抹药物，增强血液循环或促进伤口愈合；压疮Ⅲ期及以上压疮应由伤口治疗师会诊、指导。

I. 严格交接班制度，每班进行皮肤评估，必要时做好记录。

③压疮的护理规范：

A. 避免局部长期受压：增加翻身次数，因疾病所采取的被迫体位，应每半小时至2小时改变体位一次，缩短皮肤受压时间，必要时使用减压贴和气垫床。

B. 避免局部皮肤刺激：保持皮肤清洁干燥，床单元平整、无皱折、无碎屑；对大小便失禁者、呕吐或出汗多者应及时擦洗干净、更换衣服和床单；使用尿片者，必须保持尿片清洁、干燥，及时更换。翻身及使用便器时，动作轻柔，避免擦伤皮肤。

C.促进局部血液循环,定期为患者进行温水擦浴,协助患者被动运动。

D. 营养指导: 良好的营养是创面愈合的重要条件, 应给予平衡饮食, 增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入。对于营养不良以及长期卧床或病重者, 应给予充足的营养, 可补充瘦肉类等高蛋白食物; 西红柿、茄子、红枣等高维生素膳食; 不能进食者在营养师的指导下给予鼻饲, 或采用支持疗法。

E. 规范操作: 使用便器时, 应选择无破损便器, 不要强塞硬拉, 必要时在便器边缘垫上软纸或布垫, 以防擦伤皮肤; 翻身时, 动作轻柔, 避免擦伤皮肤。正确实施按摩(压疮的预防详见《护理常规》中护理操作规程《压疮的预防、护理》章节)。

F. 遵医嘱用药: 实施抗感染治疗, 预防败血症。

G.加强心理护理疏导,鼓励患者主动运动。

H.健康教育:向患者及家属讲解压疮各期的进展规律、临床表现以及治疗、护理的要点,使之能重视和参与压疮早期的各项护理,积极配合治疗。

④压疮的分期护理:

A.淤血红润期: 定期为患者温水擦浴, 每2小时翻身两次, 易受压的骨隆突处, 可用软枕、海绵垫等架空, 气垫床减少组织受压力, 避免摩擦力和剪切力的作用, 患者取半卧位时, 注意防止身体下滑, 忌拖、拉、推, 保持床单清洁、干燥、平整、无渣屑, 避免摩擦。加强营养。骨突处皮肤使用透明贴或者减压保护, 大小便失禁者, 加强皮肤护理, 肛周涂保护膜。

B. 炎性浸润期: 上述措施落实, 大水泡要在无菌技术下抽出液体, 涂以消毒液, 用无菌敷料覆盖; 小水泡要减少摩擦, 避免破裂感染。

C.浅表溃疡期:仍需解除局部压迫。清洁疮面,无菌换药法处理疮面,促进疮面干燥和愈合。

D.深度溃疡期:清洁疮面,去除坏死组织,保持引流通畅,中草药治疗,促进肉芽组织生长,改善机体营养状况。

E. 不可分期压疮: 按照压疮小组会诊意见处理。

F.可疑深部组织损伤期:按照压疮小组会诊意见处理。

十六、有哪些预防住院病人跌倒的措施,病人跌倒后的报告流程

(一) 跌倒/坠床护理干预措施

(1)保持地面干燥,有防滑标识。

(2)清除通道障碍物。

(3)保持室内光线充足。

(4)使用床栏等给予保护,必要时进行适当约束。

(5)床头挂“防跌倒/坠床”的警示提醒标识牌。

(6)留陪。

(7)协助病人大、小便,落实生活护理。

(8)加强巡视,发现病情变化,及时通知医师,配合处理。

(9)心理护理。

(10)健康宣教:告知病人及家属关于跌倒/坠床危险性的相关教育,必要时正确使用行动辅助工具。

(二)住院病人跌倒后报告流程

(1)病人发生意外后,立即将病人送回病床上,测量血压、脉搏、呼吸,密切观察病情。

(2)立即报告医生、护士长。

(3)检查病人有无外伤、骨折、发生意外后的精神状态等。

(4)及时正确处理及执行医嘱。

(5)安慰病人,加强陪护,分析和去除发生跌倒相关因素。

(6)填写“不良事件报告表”详细记录事件经过并上报,认真交班。

(7)向病人家属告之事情发生及处理经过。

(8)组织科内讨论,将讨论结果及改进方案报送至护理部。

十七、病人如何评估疼痛,发现疼痛后怎么处理,镇痛药物使用后的效果如何评估

(一)疼痛评估

(1)门、急诊患者来院就诊时得到疼痛筛查,重度以上疼痛患者优先就诊。

(2)住院患者入院4小时内得到初始疼痛护理评估,每个病区均有疼痛评分尺。

(3)对小儿的疼痛按照面部表情、哭声、睡眠、肢体活动度进行判断评估。对意识障碍患者的疼痛按面部表情、动作体态进行评估。

(二)疼痛评估的方法

面部表情评分法。适用范围:语言表达障碍者。

1-3分轻度疼痛;4-6分中度疼痛;>7分重度疼痛。

(三)疼痛的处理方法及用药后的评估

(1)根据评估结果和患者需求,做出病因或对症治疗的计划方案,及时、有效控制疼痛,减轻患者痛苦。

(2)临床医师根据患者情况,在不违背原则的前提下及时足量使用镇痛剂缓解或控制疼痛。

(3)使用镇痛药物后及时对患者进行评估,疼痛停止后止痛治疗亦应立即终止,并进行详细记录。