

山东省护理质量控制中心

关于制定住院患者五项风险评估与护理 指导意见的说明

各市护理质控中心、委属委管及有关医院：

从保证患者安全的目标出发，山东省护理质量控制中心（质控中心）组织专家对5项护理风险评估依据及标准进行全面循证，分别对相关定义、评估工具、评估方法、评估频次、预防措施及相关处理流程等进行了统一与规范，经过质控中心各委员单位的进一步修订与完善，共形成了《住院患者压疮风险评估与护理指导意见》、《住院患者跌倒风险评估与护理指导意见》、《住院患者非计划性拔管风险评估与护理指导意见》、《住院患者VTE风险评估与护理指导意见》、《住院患者疼痛评估与护理指导意见》5项，现统一下发供大家参照执行。此为指导意见，各医院可根据情况进行进一步细化与修改。在使用过程中对存在的问题及意见建议及时反馈护理质控中心。

联系电话：0531—68776048

邮 箱：sdhlzk@163.com

网 址：www.sdhlzk.com

山东省护理质量控制中心

二〇一六年八月四日



ZDYJ-004 住院患者压疮风险评估与护理指导意见

文件名称：住院患者压疮风险评估与护理指导意见	文件编号：ZDYJ-004	
制订日期：2016年7月	修订日期：	修订次数：
修订摘要：		

压疮的发生会增加患者的痛苦、住院时间、医疗费用和病死率，给患者、家庭和社会带来沉重负担，也增加护理工作量。防范与减少患者院内压疮是医院质量管理中的重要方面，也是评价医疗护理质量的重要指标。院内压疮的发生，除了与患者自身因素（如疾病严重程度、年龄、营养状况）有关之外，还与临床护士认知因素（如对压疮风险防范意识不强、专业知识掌握不全面）、行为因素（如专业护理不到位、健康宣教未落实、对患者的动态评估不及时、压疮护理措施不规范、针对个体的压疮防范重点不到位），以及其他因素（如护理人力不足、防范设施不完善、管理者监控的时效性滞后）密切相关。除患者因素外，护理人员认知、行为及人力等因素均是护理服务范畴内的活动。山东省护理质控中心现就住院患者压疮风险评估及预防护理工作提出以下指导意见，各医院可参照执行。

一、定义及相关概念

（一）压疮 美国国家压疮咨询委员会(National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP)和欧洲压疮咨询委员会(European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP)联合定义压疮为：皮肤和皮下组织的局限性损伤,通常发生在骨隆突处,一般由压力或压力联合剪切力引起^[1]。

2016年4月NPUAP将“压力性溃疡”(Pressure ulcer)更改为“压力性损伤”(Pressure injury)^[2]。

(二)压疮分期 根据国际NPUAP/EPUAP压疮分类系统(2014版),压疮分期如下:

1期:指压不变白红斑,皮肤完整 是指皮肤完整的局限性指压不变白红色区域,常位于骨性突起之上。黑色素沉积区域可能见不到发白现象;其颜色可与周围皮肤不同。与临近组织相比,这一区域可能会疼痛,硬实,柔软,发凉或发热。肤色较深的人可能难以看出1期迹象。1期可表明某些人有“风险”(预示有发病的风险)。

2期:部分皮层缺失 部分皮层缺失表现为浅表的开放型溃疡,创面呈粉红色,无腐肉。也可表现为完好的或开放/破损的血清样水疱。外观呈肿亮或干燥的浅表溃疡,无腐肉及瘀伤(瘀伤表明疑似有深部组织损伤)。不应使用2期来描述皮肤撕裂,医用胶布所致损伤,会阴部皮炎,浸渍糜烂或表皮脱落。

3期:全层皮肤缺失 可见皮下脂肪,但骨、肌腱、肌肉并未外露。可有腐肉存在,但并未掩盖组织损失的深度。可出现窦道和潜行。3期压疮的深度依解剖学位置而变化。鼻梁、耳朵、枕骨部和踝骨部没有皮下组织,这些部位发生3期压疮可呈浅表状。相反,脂肪过多的区域可以发展成非常深的3期压疮。骨骼和肌腱不可见或无法直接接触。

4期:全层皮肤和组织缺失 全层组织损伤,并带有骨骼、肌腱或肌肉的裸露。在创面某些区域可有腐肉和痂疮。通常会有窦道和潜行。

4 期压疮的深度依解剖学位置而变化。鼻梁、耳朵、枕骨部和踝骨部没有皮下组织，这些部位发生的压疮可为浅表型。4 期压疮可扩展至肌肉和/或支撑结构（如，筋膜、肌腱或关节囊），有可能引发骨髓炎。裸露的骨骼/肌腱可见或可直接触及。

不可分期的压疮：深度不明 全层组织损伤，创面内溃疡基底部覆盖有腐肉（呈黄色、浅棕色、灰色、绿色或者是棕色腐肉）和/或焦痂（呈浅棕色、棕色或黑色）。除非去除足够多的腐肉和/或结痂来暴露伤口基底部，否则无法判断实际深度，也无法分类/分期。足跟处的稳定型焦痂（干燥、固着、完整而无红斑）可起到“身体天然（生物学）屏障”的作用，不建议予以去除。

深部组织损伤：皮肤呈持续的非苍白性深红色，栗色或紫色 是指深度不明的紫色或栗色局部褪色的完整皮肤或充血的水泡，是由皮下组织受压力和/或剪力所致损伤而造成。某区域发生压疮之前，可表现为与周围组织相比有痛感、硬实、潮湿、有渗出、发热或发凉。在深肤色的患者身上，很难辨识出深层组织损伤。进一步发展可能会在深色创面上出现扁薄的水泡。该创面可进一步演变，可覆有一薄层焦痂。

二、压疮风险评估工具及风险分级

（一）老年人、内外科成年患者使用 Braden 压疮风险评估量表（见附件一）。Braden 量表是目前用于预测压疮最完整、使用最广泛的量表，其灵敏度和特异度均较理想，临床效度较高，简便、易行^[1]。Braden 量表得分范围为 6-23 分，得分越高，说明发生压疮的危险越低，15-18

分为低危；13-14分为中危；10-12分为高危；≤9分为极高危。其中强迫体位患者自动列入高风险患者。

(二)儿童患者使用Braden-Q儿童压疮风险评估量表(见附件二)。Braden-Q量表得分越高,说明发生压疮危险越低,16-23分为低危;13-15分为中危;10-12分为高危;≤9分为极高危。

三、评估时机

(一)首次评估:患者入院后2小时内完成评估,如遇急症手术等特殊情况,术后及时完成评估。

(二)再次评估:评估极高危者每48小时评估1次,高危及中危者每周评估2次,低危者每周评估1次,患者发生病情变化时应随时评估。

四、预防护理措施

(一)警示标识:评估存在危险的患者应在床边或其它醒目位置放置“防压疮”警示标识。

(二)皮肤护理:给予有效的皮肤保护可以减少压疮的发生率,免除不良刺激:勤清洗、勤更换,禁用碱性护肤品,维持皮肤弱酸性同时保持皮肤适度湿润可以保护皮肤,在受压部位使用薄膜敷料、水胶体敷料、泡沫敷料等敷料,可以减小卧床患者皮肤承受的剪切力,对于压疮高危患者及高发部位(枕部、颧骨、肩胛、肘部、骶尾部、髌骨、膝盖、内外踝、足跟等),应考虑使用多层硅胶敷料来强化压疮的预防。

(三)体位安置与变换:合理安置压疮高危患者体位,并协助患

者定时改变体位是预防压疮的必要措施。

1. 体位变换的频率应该根据患者的病情、皮肤耐受程度、移动能力和所使用的支撑面的材质而决定。

2. 侧卧位时尽量选择 30° 侧卧位（右侧、仰卧、左侧交替进行），除非病情需要，应避免长时间 90° 侧卧位。

3. 充分抬高足跟，可在小腿下垫一个软枕，操作中要沿小腿分散整个腿部的重量，不可将压力作用在跟腱上。

4. 除非病情需要，应避免长时间摇高床头超过 30° 体位、半坐卧位。因病情需要，必须摇高床头超过 30° 体位、半卧位时，先摇高床尾至一定高度，再摇高床头，避免在骶尾部形成较大的剪切力。没有条件摇高床尾时，可在臀部下方垫一支撑物，如软枕等。

5. 限制患者坐在没有支撑面的椅子上的时间，每次最长不超过 2 小时；若患者骶尾部或坐骨已经发生压疮时，限制每天坐位少于 3 次，每次少于 1 小时。

（四）支撑面：通过增大与人体的接触面或改变支撑面与身体的接触位置及持续时间，从而降低皮肤接触面的压力，可以有效降低压疮发生率。

1. 使用支撑面仍需定时进行体位变换，并进行压疮预防有效性的持续评估，如使用持续低压床垫的评估方法：可将手掌放于支撑面与患者最低位骨隆突处的接触面之间，观察患者身体将床垫压低了多少；当患者处于坐位或平卧位时，骨隆突处最低位与床垫下平面之间的距离至少

达 5cm。

2. 在椅子上或轮椅上使用减压坐垫。

（五）营养支持：营养不良既是导致压疮发生的因素之一，也是直接影响创面愈合的因素之一。对压疮高危人群进行营养筛查并积极采取干预是预防压疮发生的重要环节。对于因急慢性疾病，或接受外科治疗而导致有营养风险或压疮风险的患者，在正常膳食之外，提供高蛋白混合口服营养补充制剂。

五、相关文件

（一）《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准（第五版）》

（二）《三级综合医院评审标准（2011 版）》

参考文献：

[1]National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

[2]<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>

附件：

附件一、《Braden 压疮风险评估量表》

附件二、《Braden-Q 儿童压疮风险评估量表》

附件三、《国际 NPUAP/EPUAP 压疮分类系统（2014 版）》

附件一：

Braden压疮风险评估量表

项目	评 分			
	1 完全受限	2 大部分受限	3 轻度受限	4 没有改变
感知 机体对压力所引起的不适感的反应能力	对疼痛刺激没有反应（没有呻吟、退缩或紧握）或者绝大部分机体对疼痛的感觉受限。	只对疼痛刺激有反应，能通过呻吟、烦躁的方式表达机体不适。或者机体一半以上的部位对疼痛或不适感感觉障碍。	对其讲话有反应，但不是所有时间都能用语言表达不适感。或者机体的一到两个肢体对疼痛或不适感感觉障碍。	对其讲话有反应，机体没有对疼痛或不适的感觉缺失。
潮湿 皮肤处于潮湿状态的程度	1 持久潮湿 由于出汗、小便等原因皮肤一直处于潮湿状态，每当移动患者或给患者翻身时就可发现患者皮肤是湿的。	2 经常潮湿 皮肤经常但不总是处于潮湿状态，床单每天至少每班换一次。	3 偶尔潮湿 每天大概需要额外换一次床单。	4 很少潮湿 皮肤通常是干的，只需按常规换床单即可。
活动能力 躯体活动的的能力	1 卧床不起 限制在床上。	2 局限于轮椅 活动行动能力严重受限或没有行走能力。	3 可偶尔步行 白天在帮助或无需帮助的情况下偶尔可以走一段路。每天大部分时间在床上或椅子上度过。	4 经常步行 每天至少两次室外行走，白天醒着的时候至少每 2h 行走一次。
移动能力改变 控制躯体位置的能力	1 完全受限 没有帮助的情况下不能完成轻微的躯体或四肢的位置变动。	2 严重受限 偶尔能轻微地移动躯体或四肢，但不能独立完成经常的或显著的躯体位置变动	3 轻度受限 能经常独立地改变躯体或四肢的位置，但变动幅度不大。	4 不受限 独立完成经常性的大幅度体位改变。

项目	评 分			
	1 重度营养摄入不足	2 营养摄入不足	3 营养摄入适当	4 营养摄入良好
平常的食物摄入模式	从来不能吃完一餐饭，很少能摄入所给食物量的 1/3，每天能摄入 2 份或以下的蛋白量（肉或者乳制品），很少摄入液体，没有摄入流质饮食。或者禁食和/或清流摄入或静脉输入大于 5d。	很少吃完一餐饭，通常只能摄入所给食物量的 1/2，每天蛋白摄入量是 3 份肉或乳制品。偶尔能摄入规定食物量。或者可摄入低于理想量的流质或者管饲。	可摄入供给量的一半以上。每天 4 份蛋白量（肉或者乳制品），偶尔拒绝肉类，如果供给食物通常会吃掉。或者管饲或 TPN 能达到绝大多数的营养所需。	每餐能摄入绝大部分食物，从来拒绝食物，通常吃 4 份或更多的肉和乳制品，两餐间偶尔进食。不需其他补充食物。
摩擦和剪切力	1 有此问题	2 有潜在问题	3 无明显问题	
	移动时需中到大量的帮助，不可能做到完全抬空而不碰到床单，在床上或椅子上经常滑落。需要大力帮助下重新摆体位。痉挛、挛缩或躁动不安通常导致摩擦。	躯体移动乏力，或者需要一些帮助，在移动过程中，皮肤在一定程度上会碰到床单、椅子、约束带或其他设施。在床上或椅子上可保持相对好的位置，偶尔会滑落下来。	能独立在床上或椅子上移动，并且有足够的肌肉力量在移动时完全抬空躯体。在床上或椅子上总是保持良好的位置。	
Braden Scale 总分 23 分，15-18 分为低危；13-14 分为中危；10-12 分为高危；≤9 分为极高危				

附件二：

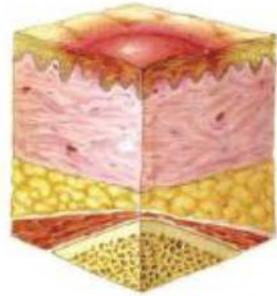
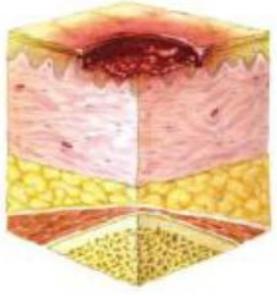
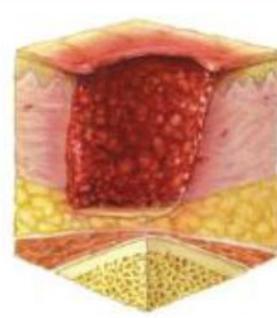
Braden-Q儿童压疮风险评估量表

项目	评 分			
移动能力	1 完全受限	2 严重受限	3 轻度受限	4 不受限
控制躯体位置的能力	没有帮助的情况下不能完成轻微的躯体或四肢的位置变动。	偶尔能轻微移动躯体或四肢,但不能独立完成经常的或显著的躯体位置变动。	能经常独立改变躯体或四肢,但变动幅度不大。	独立完成经常性的大幅度体位改变。
活动能力	1 卧床不起	2 局限于轮椅	3 偶尔步行	4 经常步行
躯体活动的的能力	限制在床上。	行动能力严重受限或没有行走能力。	白天在帮助或无帮助的情况下偶尔可以走一段路。每天大部分时间在床上或椅子上度过。	每天至少 2 次室外行走,白天醒着的时候至少 2h 行走一次。
感知	1 完全受限	2 严重受限	3 轻度受限	4 没有改变
机体对压力引起的不适感的反应能力	对疼痛刺激没有反应(没有呻吟、退缩或紧握)或者绝大部分机体对疼痛的感觉受限。	只对疼痛刺激有反应,能通过呻吟、烦躁的方式表达机体不适。或者机体一半以上的部位对疼痛或不适感感觉障碍。	对其讲话有反应,但不是所有时间都能用语言表达不适感。或者机体的一到两个肢体对疼痛或不适感感觉障碍。	对其讲话有反应,机体没有对疼痛或不适的感觉缺失。
潮湿	1 持久潮湿	2 经常潮湿	3 偶尔潮湿	4 无明显问题
皮肤处于潮湿状态的程度	由于出汗、小便等原因皮肤一直处于潮湿状态,每当移动患者或给患者翻身时就可发现患者皮肤是湿的。	皮肤经常但不总是处于潮湿状态,床单每天至少每 8h 小时更换一次。	皮肤偶尔处于处于潮湿状态,每天大概需要 12h 小时换一次床单。	皮肤通常是干的,只需正常换尿布即可,床单只需要每 24h 更换一次。
摩擦和剪	1 有重要问题	2 有此类问题	3 有潜在问题	4 无明显问题

项目	评分			
切力	痉挛、挛缩、痒或躁动不安通常导致持续的扭动和摩擦。	移动时需要中到大量的帮助，不可能做到完全抬空而不碰到床单，在床上或椅子上经常滑落。需要大力帮助下重新摆体位。	躯体移动乏力，或者需要一些帮助，在移动过程中，皮肤在一定程度上会碰到床单、椅子、约束带或其他设施。在床上或椅子上可保持相对好的位置，偶尔会滑落下来。	能独立在床上或椅子上移动，并且有足够的肌肉力量在移动时完全抬空躯体。在床上或椅子上总是保持良好的位置。
营养	1 重度营养摄入不足	2 营养摄入不足	3 营养摄入适当	4 营养摄入良好
平时的食物摄入模式	禁食和/或清液摄入或蛋白 < 25mg/L 或静脉输液大于 5d。	流食或导管喂养/通过胃肠外营养不能完全获得成长所需营养物质或蛋白 < 30mg/L。	管饲或 TPN 能获得足量的成长所需营养物质。	日常饮食可获得成长所需营养物质，不需补充其他食物。
组织灌注与氧合	1 极度缺乏	2 缺乏	3 充足	4 非常好
	低血压 (MAP < 50mmHg; 新生儿 MAP < 40mmHg); 氧饱和度 < 95%; 血红蛋白水平 < 100 mg / L; 正常患儿无法耐受体位变换。	血压正常; 氧饱和度 < 95% 或血红蛋白水平 < 100mg / L 或毛细血管回流时间 > 2 s; 血清 PH < 7.40。	血压正常; 氧饱和度 < 95% 或血红蛋白水平 < 100 mg / L; 或毛细血管回流时间 > 2 s; 血清 PH 值正常。	血压正常; 氧饱和度 > 95%; 血红蛋白水平正常; 毛细血管回流时间 < 2 s。
Braden Q 评估结果: 16-23 分低危; 13-15 分为高危; 10-12 为高危; ≤9 分为极高危。				

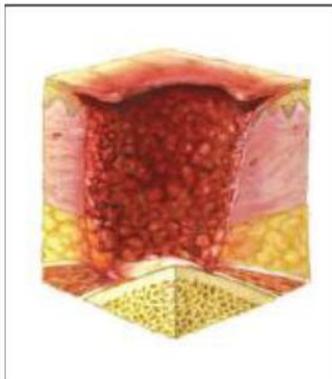
附件三：

国际 NPUAP/EPUAP 压疮分类系统（2014 版）

<p>1 期：指压不变白红斑</p> <p>是指皮肤完整的局限性指压不变白红色区域，常位于骨性突起之上。黑色素沉积区域可能见不到发白现象；其颜色可与周围皮肤不同。</p> <p>与临近组织相比，这一区域可能会疼痛，硬实，柔软，发凉或发热。肤色较深的人可能难以看出 I 类/期迹象。I 类/期可表明某些人有“风险”（预示有发病的风险）。</p>		
<p>2 期：部分皮层皮损</p> <p>部分皮层皮损表现为浅表的开放型溃疡，创面呈粉红色，无腐肉。也可表现为完好的或开放/破损的血清样水泡。外观呈肿亮或干燥的浅表溃疡，无腐肉及瘀伤*。不应使用 II 类/期来描述皮肤撕裂，医用胶布所致损伤，会阴部皮炎，浸渍糜烂或表皮脱落。</p> <p>*瘀伤表明疑似有深部组织损伤。</p>		
<p>3 期：全层皮损</p> <p>全层皮损。可见皮下脂肪，但骨、肌腱、肌肉并未外露。可有腐肉存在，但并未掩盖组织损失的深度。可出现窦道和潜行。III 类/期压疮的深度依解剖学位置而变化。鼻梁、耳朵、枕骨部和踝骨部没有皮下组织，这些部位发生三期压疮可呈浅表状。相反，脂肪过多的区域可以发展成非常深的 III 类/期压疮。骨骼和肌腱不可见或无法直接接触及。</p>		

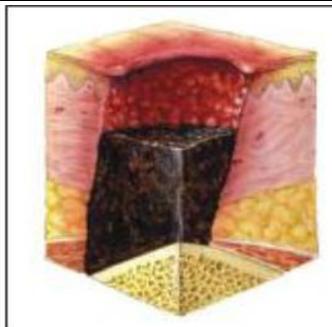
4 期：全层组织损伤

全层组织损伤，并带有骨骼、肌腱或肌肉的裸露。在创面某些区域可有腐肉和痂疮。通常会有窦道和潜行。IV 类/ 期压疮的深度依解剖学位置而变化。鼻梁、耳朵、枕骨部和踝骨部没有皮下组织，这些部位发生的压疮可为浅表型。IV 类/ 期压疮可扩展至肌肉和/或支撑结构（如，筋膜、肌腱或关节囊），有可能引发骨髓炎。裸露的骨骼/ 肌腱可见或可直接触及。



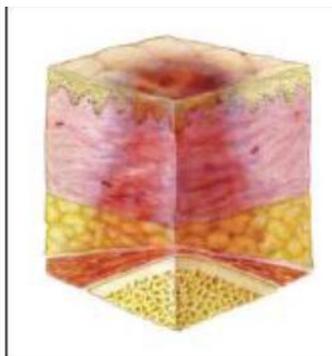
不可分期的压疮：深度不明

全层组织损伤，创面内溃疡基底部覆盖有腐肉（呈黄色、浅棕色、灰色、绿色或者是棕色腐肉）和/或焦痂（呈浅棕色、棕色或黑色）。除非去除足够多的腐肉和/或结痂来暴露伤口基底部，否则无法判断实际深度，也无法分类/分期。足跟处的稳定型焦痂（干燥、固着、完整而无红斑）可起到“身体天然（生物学）屏障”的作用，不建议予以去除。



深部组织损伤：深度不明

是指深度不明的紫色或栗色局部褪色的完整皮肤或充血的水泡，是由皮下组织受压力和/或剪力所致损伤而造成。某区域发生压疮之前，可表现为与周围组织相比有痛感、硬实、潮湿、有渗出、发热或发凉。在深肤色的患者身上，很难辨识出深层组织损伤。进一步发展可能会在深色创面上出现扁薄的水泡。该创面可进一步演变，可覆有一薄层焦痂。



ZDYJ-005 住院患者跌倒风险评估与护理指导意见

文件名称：住院患者跌倒风险评估与护理指导意见	文件编号：ZDYJ-005
制订日期：2016年7月	修订日期：
修订次数：	
修订摘要：	

防范与减少患者跌倒意外事件是医院质量管理中的重要方面,也是评价医疗护理质量的重要指标。护理人员是控制导致患者跌倒的不安全因素的主要实施者,在住院患者跌倒风险评估、实施跌倒预防措施方面起主导作用。山东省护理质控中心现就住院患者跌倒风险评估及预防护理工作提出以下指导意见,各医院可参照执行。

一、定义及相关概念

(一) **跌倒** 指住院患者在医疗机构任何场所,未预见性的倒于地面或倒于比初始位置更低的地方。可伴或不伴有外伤。所有无帮助及有帮助的跌倒均应包含在内,无论其由生理原因(如晕厥)或是环境原因(如地板较滑)造成。若患者是从一张较低的床上滚落至垫子(地面)上也应视其为跌倒。

(二) **跌倒伤害** 指患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。跌倒对患者造成的影响,根据美国国家护理质量指标数据库(NDNQI)做出的分级定义如下:

1. 无: 没有伤害。
2. 严重度 1 级(轻度): 不需或只需稍微治疗与观察之伤害程度,如擦伤、挫伤、不需要缝合之皮肤小撕裂伤等。

3. 严重度 2 级（中度）：需要冰敷、包扎、缝合或夹板等医疗或护理处置观察伤害程度，如扭伤、大或深的撕裂伤、皮肤撕破或小挫伤等。

4. 严重度 3 级（重度）：需要医疗处置及会诊之伤害程度，如骨折、意识丧失、精神或身体状态改变等。

5. 死亡：患者因跌倒产生的持续性损伤而最终致死。

二、评估工具及风险分级

（一）青少年、成人使用《Morse 跌倒风险评估量表》（见附件一）进行评估，总分 ≤ 24 分为无风险，25~44分为低风险， ≥ 45 分为高风险。其中“中深度镇静及手术后（局麻除外）的麻醉过程及复苏后 6h、产妇产后 24h 内、步态不稳、肢体无力、晚期妊娠、重度贫血、视物不清、意识障碍、头晕、眩晕、精神状态差”自动列入高风险患者。

（二）儿童（ ≤ 14 岁）使用《Humpty Dumpty 跌倒风险评估量表》（见附件二）进行评估，评分 7~11 分为低风险， ≥ 12 分为高风险。

三、评估时机

（一）首次评估：患者入院后 2 小时内完成评估，如遇急症手术等特殊情况，术后及时完成评估。

（二）再次评估：评估为高风险患者需每日白班进行再评估。无风险、低风险成人患者每周进行一次再评估。有以下情况者需要再次评估：

1. 病情变化，如手术前后、疼痛、意识、活动、自我照护能力等改变时。

2. 使用影响意识、活动、易导致跌倒的药物，如抗胆碱药、抗高血

压药、镇静催眠药、抗癫痫药、缓泻药、利尿脱水药、降糖药、抗过敏反应药、阿片类止痛药、抗抑郁药、抗精神病药物、眼药水时。

3. 转病区后。
4. 发生跌倒事件后。
5. 特殊检查治疗后。
6. 自动列为高风险患者/患儿解除后。

四、预防护理措施

(一) 警示标识：评估高风险患者应在床边或其它醒目位置放置防跌倒警示标识。

(二) 环境：光线充足，提供足够的照明，夜晚开地灯；走廊及卫生间安装扶手；及时清除病房、床旁、通道及卫生间障碍，保持通道畅通；如遇雨雪天气地面湿滑，各出入口放置防滑垫，保洁人员及时清扫地面水渍；保持病区地面清洁干燥，告知卫生间防滑措施（淋浴时有人陪伴），鼓励使用卫生间扶手。

(三) 设施：病床高度合适，患儿应使用床栏，将日常物品放于患者/患儿易取处；教会患者/患儿/家属使用床头灯及呼叫器，放于可及处，及时回应患者的呼叫；所有带轮子的床、轮椅、平车都要有锁定装置，使用前应检查锁定装置功能是否正常，患者坐轮椅时要使用安全带；转运时必须拉起床栏或平车护栏，系好安全带。

(四) 患者及家属教育：门诊区域、病区走廊、卫生间张贴预防跌倒标识及温馨提示；专人(家长或监护人)陪住，活动时有人陪伴，指导

患者渐进坐起、渐进下床、上下轮椅的方法；穿舒适的防滑鞋及衣裤，为患者提供步态技巧指导；教育患者需要任何协助时，主动寻求工作人员的帮助，如厕时有紧急情况，按厕所内的紧急呼叫按钮呼叫工作人员；教育患者行走时出现头晕、双眼发黑、下肢无力、步态不稳等情况时，立即原地坐（蹲）下或靠墙，呼叫工作人员帮助；教育家属看护儿童，勿在通道上跑动或在候诊椅上过度玩耍；教育家属扶好孕妇、老人，注意周围环境及走动的人群，避免碰撞跌倒。

（五）高风险患者预防性干预措施：加强对患者/患儿夜间巡视；通知医生患者/患儿的高危情况并进行有针对性的治疗；将两侧床栏全部抬起，在患者/患儿下床活动时家长或监护人照护，需要协助时要呼叫求助；如患者神志障碍，必要时限制患者活动，适当约束，家属参与照护；加强营养，定期协助患者排尿、排便；如家长或监护人要离开，要求家长必须通知护士，在家长及监护人外出期间由护士负责照护。

五、相关文件

（一）《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准（第五版）》

（二）《三级综合医院评审标准（2011版）》

附件：

附件一、《Morse 跌倒风险评估量表（2008版）》

附件二、《Humpty Dumpty 跌倒风险评估量表》

附件三、《患者预防跌倒告知书》

附件一：

Morse 跌倒风险评估量表（2008 版）

变量	评分标准	分值
近 3 个月有无跌倒	无	0
	有	25
多于一个疾病诊断	无	0
	有	15
使用行走辅助用具	不需要、卧床休息、护士辅助	0
	拐杖、助行器、手杖	15
	依扶家俱行走	30
静脉输液	否	0
	是	20
步态	正常、卧床不能移动	0
	虚弱无力	10
	功能障碍	20
认知状态	量力而行	0
	高估自己能力、忘记自己受限制	15

风险级别

风险级别	量表得分	干预措施
无风险	0-24	基础护理
低风险	25-44	跌倒标准预防性干预
高风险	45 或以上	跌倒高风险预防性干预

各变量评分说明：

在入院、病情发生变化、转病区时，以及发生跌倒事件之后应使用本量表进行评估。

1. **近3个月有无跌倒：**患者在本次住院期间或近3个月出现过跌倒事件，评25分。如果没有，评0分，若因撞击等外部力量导致的跌倒不属于跌倒史。
2. **多于一个疾病诊断：**患者病案中有两项或更多医学诊断（两个及以上不同系统的疾病诊断）评15分，只有一项评0分。
3. **使用行走辅助用具：**患者行走时不需要使用任何辅助设备（由护士/陪护协助行走不视为使用辅助设备），或患者活动时都使用轮椅，或完全卧床不起，评0分。患者行走时使用拐杖、助行器、手杖，评15分。患者在行走时是依扶在家俱上，评30分。
4. **静脉输液：**患者使用任何静脉治疗设备或者留置静脉通路（留置针、PICC、CVC、输液港等）评20分，如无评0分。
5. **步态：**正常、卧床不能移动评0分。虚弱无力，患者年龄 ≥ 65 岁，乏力、弓背、步幅短，可能出现步态凌乱评10分。功能障碍，患者可能出现站立困难，平衡差，无法独立行走评20分。
6. **精神状态：**患者表现为意识障碍、躁动不安、沟通障碍、睡眠障碍或是非常自信，高估了自己的能力，忘记了自己的局限性，评15分。患者能对自己的行走能力进行正确评估就是“正常”，评0分。
7. **评分和风险级别：**对各变量评分，计算总分，并记入患者病案。然后确定患者的风险级别和推荐的干预措施（如不需干预、标准预防措施、高风险预防措施）。

低风险跌倒标准预防性干预措施

1	保持病区地面清洁干燥，告知卫生间防滑措施（淋浴时有人陪伴），鼓励使用卫生间扶手
2	提供足够的照明，夜晚开地灯，及时清除病房、床旁、通道及卫生间障碍
3	教会患者/家属使用床头灯及呼叫器，放于可及处
4	病床高度合适，将日常物品放于患者易取处
5	患者活动时有人陪伴，指导患者渐进坐起、渐进下床的方法
6	穿舒适的鞋及衣裤，为患者提供步态技巧指导
7	应用平车、轮椅时使用护栏及安全带
8	锁定病床、轮椅、担架床和坐便椅
9	向患者和家属提供跌倒预防宣教，评估并记录患者和家属对宣教的接受情况

高风险跌倒预防性干预措施

1	执行基础护理及跌倒标准预防性干预措施
2	在床头、腕带上做明显标记
3	尽量将患者安置距离护士站较近病房，加强对患者夜间巡视
4	通知医生患者的高危情况并进行有针对性的治疗
5	将两侧床栏全部抬起，在患者下床活动需要协助时要呼叫求助
6	如患者神志障碍，必要时限制患者活动，适当约束，家属参与照护
7	加强营养，定期协助患者排尿、排便

附件二：

Humpty Dumpty 儿童跌倒评估量表

项目		分值	得分
年龄	>6 月, <3 岁	4	
	≥3 岁, <7 岁	3	
	≥7 岁, <13 岁	2	
	≤6 月或 ≥13 岁	1	
性别	男性	2	
	女性	1	
诊断	神经系统诊断	4	
	氧合功能改变	3	
	心理/行为疾病	2	
	其他诊断	1	
环境	有跌倒史	4	
	<3 岁 有辅助装置	3	
	≥3 岁 卧床	2	
	门诊患儿	1	
手术麻醉	在 24 小时内	3	
	在 48 小时内	2	
	超过 48 小时或没有	1	
药物	使用下列 2 个或更多的药物:镇静剂、安眠药、巴比妥酸盐、吩噻嗪类、抗抑郁剂、泻药/利尿剂、毒品	3	
	以上所列药物中的一种	2	
	其他药物或没有	1	
认知	认知受损, 完全无防跌倒意识	3	
	认知受损, 但有防跌倒意识	2	
	认知能力正常	1	
总评分:			

风险级别

风险级别	量表得分	干预措施
低风险	7~11 分	患儿跌倒标准预防性干预
高风险	≥12 分	患儿跌倒高风险预防性干预

各变量评分说明：

在入院、病情发生变化、转病区时，以及发生跌倒事件之后应使用本量表进行评估。

1. **年龄：** <3 岁（不满 3 周岁）评 4 分；3 岁以上（不满 7 周岁）评 3 分；7 岁以上（不满 13 周岁）评 2 分；≤6 月或≥13 岁，评 1 分。
2. **性别：** 男性评 2 分，女性评 1 分。
3. **诊断：**
 - （1）神经系统诊断包括：惊厥、癫痫、病毒性脑炎、化脓性脑炎、脑性瘫痪、急性感染性多发性神经根炎等。
 - （2）氧合功能改变：指有肺炎、支气管炎、喘憋、脱水、贫血、厌食、晕厥、头晕等。
 - （3）心理/行为障碍：指儿童多动症、学校技能发育障碍（阅读障碍、运动技能发育障碍、计算技能发育障碍）、儿童孤独症、学校恐怖症、神经性厌食与贪食、抽动障碍等。
4. **环境：** 患儿既往/本次住院出现过跌倒事件，评 4 分；<3 岁，有辅助装置如睡在有护栏的婴儿床内评 3 分；≥3 岁，卧床，评 2 分；门诊患儿评 1 分。
5. **手术麻醉/镇静剂反应：** 在 24 小时内评 3 分；在 48 小时内评 2 分；超过 48 小时或没有，指超过 48 小时或手术后无任何麻醉反应评 1 分。
6. **药物：** 应用水合氯醛、鲁米那钠、降压药、利尿剂、泻药（如开塞露、灌肠等），其中的两种以上药物评 3 分；使用上述一种药物评 2 分；应用其他药物或没有使用上述药物评 1 分。
7. **认知：** 认知受损，完全无防跌倒意识评 3 分；认知受损，但有防跌倒意识评 2 分；认知能力正常评 1 分。

患儿低风险跌倒标准预防性干预措施

1	保持病区地面清洁干燥，告知卫生间防滑措施（淋浴时有人陪伴），鼓励使用卫生间扶手
2	提供足够的照明，夜晚开地灯，及时清除病房、床旁、通道及卫生间障碍
3	教会患儿/家属使用床头灯及呼叫器，放于可及处
4	病床高度合适，使用床栏，将日常物品放于患儿易取处
5	专人(家长或监护人)陪住，患儿活动时有人陪伴
6	穿舒适的防滑鞋及衣裤
7	应用平车、轮椅时使用护栏及安全带
8	锁定病床、轮椅、担架床和坐便椅
9	评估患儿排便排尿需求，必要时提供帮助
10	向患儿和家属提供跌倒坠床预防宣教，评估并记录患儿和家属对宣教的接受情况

患儿高风险跌倒/坠床预防性干预措施

1	执行基础护理及患儿跌倒/坠床标准预防性干预措施
2	在床头、腕带上做明显标记
3	尽量将患儿安置距离护士站较近病房，加强对患儿夜间巡视
4	通知医生患儿的高危情况并进行有针对性的治疗
5	将两侧床栏全部抬起，在患儿下床活动时家长或监护人照护
6	必要时限制患儿活动，适当约束，家长或监护人参与照护
7	如家长或监护人要离开，要求家长必须通知护士，护士负责照护，直到家长或者监护人回来
8	对遵医行为依从性差者，做好护理记录，严格交接班

ZDYJ-006 住院患者非计划性拔管风险评估与护理指导意见

文件名称：住院患者非计划性拔管风险评估与护理指导意见		文件编号：ZDYJ-006
制订日期：2016年7月	修订日期：	修订次数：
修订摘要：		

非计划性拔管发生率是衡量护理质量的重要指标之一。为减少非计划性拔管的发生，应对住院患者留置管路期间进行非计划性拔管的风险评估，并采取预见性医疗护理措施。山东省护理质控中心就住院患者非计划性拔管风险评估及预防护理工作提出以下指导意见，各医院可参照执行。

一、定义及相关概念

（一）非计划性拔管 非计划性拔管(Unplanned Extubation, UEX) 又称意外拔管(Accidental Extubation, AE)，指任何意外发生的或被患者有意造成的拔管。其实质是指医护人员非计划范畴内的拔管，通常包含以下情况：未经医护人员同意患者自行拔除的导管；各种原因导致的非计划性拔管；因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前的拔管。

（二）导管分类 依据拔管对患者病情或预后影响程度可将导管分为高危导管和非高危导管。

1. 高危导管：非计划性拔管(Unplanned Extubation, UEX)发生后导致生命危险或病情加重的导管，如气管导管、胸引管、T管、脑室引流管和动静脉插管；另外各专科由于疾病和手术的特殊性，可根据其特点列出专科高危导管，如胃和食道术后的胃管及鼻肠管、前列腺及尿道

术后的尿管等。

2. 非高危导管：UEX 发生后不会导致生命危险或对病情影响不大的导管，如普通导尿管、普通氧气管、普通胃管等。

二、评估工具及风险分级

利用各种工具来预测非计划性拔管的风险程度，能帮助护理人员有效识别非计划性拔管的风险。近年来，因病情需要在体内留置导管或多根导管的患者数量逐年增多，但临床上并无系统、科学的非计划性拔管风险评估表，查阅大量国内外文献资料，推荐两个评估量表，各医院可结合实际情况，选择合适的风险评估量表：

（一）留置导管患者推荐使用评估表之一：《非计划性拔管风险评估表一》（见附件一）进行非计划性拔管风险评估。依据患者实际情况打分：总分 <6 分为低度风险或无风险；总分 ≥ 6 为高度风险。

（二）留置导管患者推荐使用评估表之二：《非计划性拔管风险评估表二》（见附件二）进行非计划性拔管风险评估。总分 $1\sim 3$ 分为低风险； $4\sim 6$ 分为中风险； ≥ 7 分为高风险。

三、评估时机

（一）首次评估：患者入院后 2 小时内完成评估，如遇急症手术等特殊情况，术后及时完成评估。

（二）再次评估：

1. 应用《非计划性拔管风险评估表一》进行非计划性拔管评估时，评根据导管类型设定评估频次，患者携带高危导管需每日白班进行再评

估；患者携带非高危导管患者每 3 天进行一次再评估；患者同时携带多条管路时，评估频次以最短评估频次为准。有以下情况者需要再次评估：有病情变化时需要再次评估，如置管后、手术后、拔管后等；

2. 应用《非计划性拔管风险评估表二》进行非计划性拔管评估时，对评估存在低风险患者，每周至少评估 1 次；存在中风险患者，每周至少评估 2 次；存在高风险患者，每 24 小时评估 1 次。有以下情况者需要再次评估：有病情变化时需要再次评估，如置管后、手术后、拔管后等。

3. 转病区后。

4. 发生非计划性拔管事件后。

四、记录

每次评估后要在评估栏内记录评估分数，填写日期、时间并签名。

五、预防护理措施

（一）警示标识：评估高风险患者应在床边或其它醒目位置放置预防非计划性拔管警示标识。

（二）有效固定：各种导管均应妥善固定，连接处连接紧密，选择合适的导管固定材料和方法（常用导管固定方法见附件三）。导管固定原则为固定有效，保证引流通畅；导管固定用敷料具有皮肤友好性：无浸渍、低敏、低残胶、高通透性；避免导致器械相关性压疮；操作便利；患者舒适。导管固定材料更换原则：当固定材料出现污染、潮湿、粘性下降、卷边甚至脱落等不能有效固定管道时，应及时更换。

（三）导管标识：采用导管护理标识是一种行之有效的护理安全管理措施，从而起到提醒和警示作用，形成安全有效的预警机制。建议高危导管采用红色标识，非高危导管采用黄色标识。标识放置及填写：患者置管后，应在第一时间由责任护士选择正确的管道标识贴，并在标识贴上填写管道名称、日期，常规贴于距离各管道末端 5~10cm 处，如标识出现污染或破损，应及时更换。

（四）常规护理措施：做好留置导管患者“七巡视”（包括：依从性、固定、通畅、引流液、敷料、标识、压力）即：关注患者对留置导管的耐受性及依从性；每班观察导管位置、深度及固定情况；保持导管的通畅，避免扭曲、打折或堵塞；定时观察留置导管引流液的量、色、性质，并准确记录；密切观察导管周围皮肤、敷料有无渗血渗液的情况；查看导管标识是否规范；查看引流装置的压力是否正常，如常压或负压等。

（五）高风险患者护理措施：在常规护理基础上，在床边或其它醒目位置放置预防非计划性拔管警示标识；床头进行交接班；每小时巡视一次。

（六）健康教育：对于清醒患者或家属告知留置导管的目的是和重要性，保护导管、防止意外脱出的方法及注意事项，达到患者及家属知晓相关内容并配合。

（七）合理用药、有效约束：对于意识障碍、烦躁不安、术后麻醉未清醒、语言表达不清的高龄患者或对导管极不耐受患者，必要时给予

有效约束，实行有效保护性约束后，注意观察约束部位皮肤情况。遵医嘱正确合理应用镇静剂，并关注镇静剂评估指数，选择合适镇静方案，达到理想的镇静水平。

六、相关文件

（一）《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准（第五版）》

（二）《三级综合医院评审标准（2011版）》

附件：

附件一、《非计划性拔管风险评估表一》

附件二、《非计划性拔管风险评估表二》

附件三、《导管固定常用方法》

附件一：

非计划性拔管风险评估表一

评估内容		评估计分标准		得分
情绪、精神、意识和约束	情绪稳定或平静	0		
	烦躁或紧张或焦虑	6 (无约束)	3 (有效约束)	
	愤怒 (易激惹) 或悲哀 (拒绝治疗) 或恐惧	6 (无约束)	3 (有效约束)	
	痴呆	6 (无约束)	3 (有效约束)	
	精神疾患 (躁狂、抑郁等)	6 (无约束)	3 (有效约束)	
	意识模糊或谵妄	6 (无约束)	3 (有效约束)	
	Rass 镇静评分 1-4 分	6 (无约束)	3 (有效约束)	
	嗜睡状态	2 (无约束)	0 (有效约束)	
	昏睡状态或 Rass 镇静评分 4-0 分	2 (无约束)	0 (有效约束)	
	Glasgow 昏迷评分 9-14 分	2 (无约束)	0 (有效约束)	
舒适度 (疼痛)	严重不适 (>7 分)	4		
	频感不适 (5-7 分)	3		
	偶感不适 (3-4 分)	2		
	无不适 (0-2 分)	0		
固定方式	胶布固定或贴膜固定或系带固定或其他	3		
	贴膜+胶布固定或系带固定+胶布固定或其他	2		
	缝线固定或水囊固定或固定器固定或其他	2		
健康宣教 (清醒患者或家属)	不理解不配合	3		
	部分理解或配合	2		
	完全理解并配合	0		

风险级别

风险级别	量表得分	干预措施
无风险或低风险	<6	非计划性拔管标准预防性干预
高风险	≥6	非计划性拔管高风险预防性干预

各变量评分说明：

1. 在入院、病情发生变化、转病区时，以及发生非计划性拔管事件之后应使用本量表进行评估。

2. **评分和风险级别：**对各风险分值评分，计算总分，并记入患者病案。然后确定患者的风险级别和建议的干预措施（如不需干预、标准预防措施、高风险预防措施）。

附件二：

非计划性拔管风险评估表二

评估内容	评估计分标准		评估内容	评估计分标准		
年龄	①≥70岁②<5岁	1	高危导管 (I类导管)	气管插管/切开	3	
非高危导管 (II类导管)	导尿管	1		脑室引流管	3	
	鼻肠管	2		心包引流管	3	
	盆/腹引流管	2		胸腔引流管	3	
	胃肠减压管	2		T管引流管	3	
	深静脉置管	2		动静脉插管	3	
	PICC	2		专科高危导管	5	
	造瘘管	2				
	专科非高危导管	2		意识状态	烦躁/嗜睡/谵妄/意识模糊/精神障碍	5
				管路刀口	粘贴固定局部多汗、渗血或分泌物多	2

风险级别

风险级别	量表得分	干预措施
无风险	1-3	基础护理
低风险	4-6	非计划性拔管标准预防性干预
高风险	≥7	非计划性拔管高风险预防性干预

各变量评分说明：

1. 在入院、病情发生变化、转病区时，以及发生非计划性拔管事件之后应使用本量表进行评估。

2. **评分和风险级别：**对各风险分值评分，计算总分，并记入患者病案。然后确定患者的风险级别和推荐的干预措施（如不需干预、标准预防措施、高风险预防措施）。

低风险非计划性拔管标准预防性干预措施

1	关注患者对留置导管的耐受性及依从性
2	每班观察导管位置、深度及固定情况
3	保持导管的通畅，避免扭曲、打折或堵塞
4	观察留置导管引流液的量、色、性质，并准确记录
5	密切观察导管周围皮肤、敷料有无渗血渗液的情况
6	导管标识是否规范
7	查看引流装置的压力是否正常，如常压或负压等
8	向患者和家属提供非计划性拔管预防宣教，评估并记录患者和家属的接受情况

高风险非计划性拔管预防性干预措施

1	执行基础护理及非计划性拔管标准预防性干预措施
2	在床头牌做明显标记
3	实行床头接交班
4	每小时巡视 1 次
5	如患者神志障碍，必要采取适当有效约束
6	注意观察约束部位皮肤情况

附件三：

导管固定常用方法

导管名称	固定方法	(所需用物)裁剪	固定流程
鼻胃管	“T”型+“I”加强固定	1. 取一条 7.5cm×4cm 大小弹力胶布 2. 将弹力胶布裁剪成为“T”型(分为两部分：上部分 2.5cm×4cm，下部分 5cm×4cm) 3. 取一条 4cm×3cm 大小弹力胶布 4. 将弹力胶布裁剪成为“I”型(左右两边的中间分别剪开长 1cm 宽 1cm 的开口)	1. 清洁鼻部及面颊处皮肤，待干； 2. 去除固定于鼻翼部分胶布背面的离型纸； 3. 将“T”型胶布宽部位固定于鼻翼，使分叉处位于胃管正上方(分为左右两翼)。 4. 弹性拉直“T”型胶布的右翼，在胃管与鼻之间塑形，使胃管与鼻之间嵌入胶布，以保护鼻粘膜； 5. 将“T”型胶布右翼自胃管下方按顺时针方向无缝隙螺旋缠绕于胃管上，尾端反折； 6. 同样方法，将“T”型胶布左翼自胃管下方按逆时针方向无缝隙螺旋缠绕于胃管上，尾端反折； 7. 将“I”型胶布一分为二，去掉一侧背面的离型纸； 8. 胃管自然弯曲后，将去掉离型纸的部分固定于面颊处； 9. “I”型胶布中间全部包裹胃管，另一部分固定于面颊，并塑形
	线绳固定	一次性头皮针、线绳	1. 根据患者情况，取一定长度的线绳 2. 在胃管下方及上方各打一单结； 3. 将线绳绕患者头部一圈(在耳朵上方)，在一侧面颊处打活结。 4. 将头皮针剪开后，依次套于线绳，以免线绳磨损皮肤；
鼻胃管/十二指肠管双管	“T”型+双“I”加强固定	1. 取一条 7.5cm×4cm 大小弹力胶布 2. 将弹力胶布裁剪成为“T”型(分为两部分：上部分 2.5cm×4cm，下部分 5cm×4cm)	1. 清洁鼻部及面颊处皮肤，待干； 2. 去除固定于鼻翼部分胶布背面的离型纸； 3. 将“T”型胶布宽部位固定于鼻翼，使分叉处位于胃管正上方(分为左右两翼)。 4. 弹性拉直“T”型胶布的右翼，在胃管/十二指肠管与鼻之间塑

导管名称	固定方法	(所需用物)裁剪	固定流程
		3. 取一条 5cm×4cm 大小弹力胶带 4. 将弹力胶布裁剪成为双“I”型(左右两边分别剪开长 1cm 宽 1cm 的两个开口)	形, 使胃管/十二指肠管与鼻之间嵌入胶布, 以保护鼻粘膜; 5. 将“T”型胶布右翼自胃管/十二指肠管下方按顺时针方向无缝隙螺旋缠绕于十二指肠管上, 尾端反折; 6. 同样方法, 将胶布左翼自胃管下方按逆时针方向缝隙螺旋缠绕于胃管上, 尾端反折; 7. 将双“I”型胶布一分为三, 去掉外侧 1/3 背面的离型纸; 8. 胃管/十二指肠管自然弯曲后, 将去掉离型纸的 1/3 胶布固定于面颊处; 9. 双“I”型胶布第一开口处先全部包裹胃管, 中间 1/3 胶布固定于面颊处, 并塑形;
尿管	结绳法固定	1. 取一条 7cm×5cm 大小弹力胶带; 2. 将 7cm×5cm 大小弹力胶带中间对折, 对折后中间剪开(每边长 1cm, 共 2cm); 3. 撕去中间长 2cm 的部分, 将 2cm 处的粘性部分对折; 4. 裁剪完成后, 取一条长约 10cm 的绳子(如: 细绳、头皮针去掉针头部分或口罩的白绳部分), 从中间 2cm 处穿过, 并打单结;	1. 用酒精去除大腿内侧皮肤的角质; 2. 将弹力胶带平整粘贴于大腿内侧(长度以不牵拉尿管为宜); 3. 将尿管“Y”型分叉口放于绳子正上方; 4. 打两个结紧紧固定尿管;
	“I”型胶布固定	1. 取一条 7cm×6cm 大小弹力胶带; 2. 将弹力胶布裁剪成为“I”型(左右两边的中间分别剪开长 1.5cm 宽 2cm 的开口)	1. 用酒精去除大腿内侧皮肤的角质; 2. 将“I”型胶布一分为二, 去掉一侧背面离型纸; 3. 将去掉离型纸的部分固定于大腿内侧; 4. 将尿管分叉口前端放于“I”型胶布中间, 并全部包裹尿管, 塑形; 5. 将“I”型胶布另一部分固定于大腿内侧;
引流管	螺旋形固定	1. 取两条 15cm×6cm 大小弹力胶布;	1. 去掉未裁剪的 5cm 处离型纸, 并粘贴于皮肤上(粘贴部分需超过敷料部分);

导管名称	固定方法	(所需用物)裁剪	固定流程
		2. 左右旁开 2cm 剪开两条 10cm 的开口；	2. 去掉边缘两条胶布粘贴于敷料上同样需盖过敷料紧贴于皮肤； 3. 中间一条胶布先与引流管塑形，后拉直方向螺旋式缠绕固定； 4. 同样方法用另一条胶布对侧固定引流管；
	“I”型胶布固定	1. 取一条 7cm×6cm 大小弹力胶带； 2. 将弹力胶布裁剪成为“I”型(左右两边的中间分别剪开长 1.5cm 宽 2cm 的开口)	1. 将“I”型胶布一分为二，去掉一侧背面的离型纸； 2. 将去掉离型纸的部分粘贴于引流管开口下方 10cm 左右处； 3. 将引流管放于“I”型胶带中间，并全部包裹管路，塑形；
气管插管	“Y”型胶布固定	1. 取两条 15cm×3cm 大小弹力胶带(可根据患者情况适当调整尺寸)； 2. 从中间 1.5cm 处剪开 10cm 长的开口；	1. 去掉未剪裁的 5cm 处离型纸，(双人合作)，1 人固定气管插管至门齿刻度，另 1 人将弹力胶带粘于面颊部，胶带开口距嘴角 1-2cm。 2. 先将上面一条胶带在开口处对折 2cm 的粘性部分，然后从气管插管上方弹性拉直按顺时针方向螺旋缠绕气管套管及牙垫；再将下面一条胶布在开口处对折 2cm 的粘性部分，然后从气管插管下方弹性拉直按顺时针方向螺旋缠绕气管套管及牙垫； 3. 一侧固定妥善，将另一条弹力胶带粘于对侧面颊部，胶布开口距嘴角 1-2cm； 4. 先将上面一条胶布在开口处对折 2cm 的粘性部分，然后从气管插管上方弹性拉直后按逆时针方向螺旋缠绕气管套管及牙垫；再将下面一条胶带在开口处对折 2cm 的粘性部分，然后从气管插管下方弹性拉直后按顺时针方向螺旋缠绕气管套管及牙垫；
	“H”型胶布固定	1. 取两条 14cm×3cm 大小弹力胶带(可根据患者情况适当调整尺寸)； 2. 从弹力胶带左右两端的中间位置，各裁剪 6cm 开口；	1. 去掉一侧离型纸，贴于患者嘴唇上方； 2. 去掉剩余的离型纸，将中间未裁剪的 2cm 与插管和牙垫粘贴； 3. 将左右两侧胶布弹性拉直，按逆时针方向螺旋缠绕于插管和牙垫上； 4. 将另一根胶布去掉一半的离型纸，贴于患者嘴唇下方； 5. 去掉剩余的离型纸，将中间未裁剪的 2cm 与插管和牙垫粘贴，将左右两侧胶布弹性拉直，螺旋缠绕于插管和牙垫上；

ZDYJ-007 住院患者 VTE 风险评估与护理指导意见

文件名称：住院患者 VTE 风险评估与护理指导意见		文件编号：ZDYJ-007
制订日期：2016 年 7 月	修订日期：	修订次数：
修订摘要：		

静脉血栓栓塞症（VTE）因其高发病率、高致残率、高漏诊率和高病死率，越来越引起临床广泛关注。现已成为继缺血性心脏病和卒中之后位列第三的心血管疾病，给人类健康带来了严重的威胁。规范 VTE 的风险评估、处理流程、预防及护理措施等标准对 VTE 的诊断、防治及转归起着关键的作用。山东省护理质控中心对 VTE 的风险评估及预防护理提出以下指导意见，各医院可参照执行。

一、定义及相关概念

（一）静脉血栓栓塞症 是指血液在静脉内不正常的凝结，使血管完全或不完全阻塞，属静脉回流障碍性疾病。VTE 包括深静脉血栓形成（DVT）和肺动脉血栓栓塞症（PTE），两者相互关联，是 VTE 在不同部位和不同阶段的两种临床表现形式。

（二）深静脉血栓形成 血液在深静脉内不正常凝结引起的静脉回流障碍性疾病，可发生于全身各部位，多见于下肢深静脉。

（三）肺动脉血栓栓塞症 指来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉主干或其分支导致的肺循环和呼吸功能障碍，是导致住院患者死亡的重要原因之一。

二、评估工具及风险分级

（一）Caprini 风险评估量表

2005 版 Caprini 风险评估量表（见附件一）应用于所有住院患者，包含一般情况、体质指数、VTE 病史等 40 个危险因素，按不同因素对 VTE 风险的影响不同，危险因素分别赋值，每个危险因素的评分 1~5 分。按总得分情况分为 4 组，低危 1 分，中危 2 分，高危 3~4 分，极高危 ≥ 5 分。其中，如存在 5 分项危险因素，建议直接定为极高危，无需再进一步评估。2009 年在 2005 版的基础上做了变动，形成最新版的 Caprini 风险评估模型（见附件二），但已有研究显示，2005 版风险评估模型能够更加有效的进行危险分层、提供预防措施。

（二）Autar 血栓风险评估量表

该量表（见附件三）能够有效预警外科手术患者，特别是骨创伤患者围手术期 VTE 发生风险。量表包括 7 个子模块，分别是：年龄、体型、活动度、特殊风险类、创伤、手术、高风险疾病。每个危险因素的评分 1~7 分。按总得分情况分为 3 组，低危 ≤ 10 分，中危 11~14 分，高危 ≥ 15 分。

（三）RAPT 血栓形成危险度评分量表

该量表（见附件四）主要用于评估创伤患者的血栓形成危险度，评分包括四方面因素：年龄因素、潜在因素、医源性因素、损伤相关因素。每个危险因素 2~4 分，按总得分情况分为 3 组， ≤ 5 分为低风险，5~14 分为中等风险， > 14 分为高风险。

（四）Padua 预测评分表

该量表（见附件五）主要用于评估内科住院患者的 VTE 风险度，包含 11 个危险因素：活跃癌症，VTE 病史，活动度降低，血栓形成倾向的

病情，创伤手术(1 月内)，高龄(≥ 70 岁)，心 / 肺衰竭，急性心肌梗死 / 中风，急性感染 / 风湿性疾病，肥胖($IBM \geq 30$)，正在进行激素治疗。每个危险因素评分 1~3 分，按总得分情况分为 2 组，低危 < 4 分，高危 ≥ 4 分。

备注：Caprini 风险评估量表通用于所有成人住院患者，统一使用此量表可以保证 VTE 风险评估的同质性；Padua 预测评分表、Autar 血栓风险评估量表分别适用于内、外科住院患者，RAPT 血栓形成危险度评分量表适合创伤骨科患者，分别对各专科患者进行有效预警，有利于对风险患者采取预见措施，降低患者 VTE 的发生率。建议各级医院根据自身情况选择合适的评估工具，有效确保患者安全。

三、评估与记录

(一) 评估时机

1. 新入院患者 2h 内完成评估与记录，入院行急症手术患者返回后完成评估，遇抢救等情况可延长至 6 小时内完成记录。
2. 低风险患者每周评估一次。
3. 中度风险患者至少每周评估 2 次。
4. 高风险及以上患者每日评估。
5. 患者出现病情变化，如手术、分娩、病情恶化等随时评估。
6. 出院时评估。

(二) 记录

护士进行风险评估后将评估分数记录于评估栏内，填写日期、时间并签名。

四、VTE 的护理管理流程

完成患者 VTE 风险评估后，护士依据护理管理流程（见附件六）对

不同风险等级患者采取针对性的处理措施。以 Caprini 风险评估量表为例：

（一）**低危患者**：尽早活动，健康宣教，可以进行物理预防。

（二）**中危及以上患者**：向医生汇报评估情况，关注患者 D-二聚体、深静脉彩超，遵医嘱给予基础预防、物理预防、药物预防。

（三）**发生血栓**：如患者发生血栓遵医嘱给予相应处理。

五、预防护理措施

（一）**警示标识**：评估高危或极高危患者在床边或其它醒目位置放置 VTE 高风险警示标识。

（二）**环境**：保持病室安静、整洁，空气清新，使患者保持良好的精神状态。

（三）基础预防

1. 术中和术后适度补液、饮水、避免脱水；

2. 抬高患肢：抬高下肢 $20\sim 30^\circ$ （略高于心脏水平），禁止腘窝及小腿下单独垫枕；

3. 改善生活方式，戒烟戒酒，控制血糖、血脂；

4. 规范静脉穿刺技术，尽量避免深静脉穿刺和下肢静脉穿刺输液；

5. 早期活动，尽早下床；

（1）**被动运动** 对于因疾病原因或手术要求等双下肢不能自主活动的患者给予按摩比目鱼肌、腓肠肌并给予踝关节被动运动。人工挤压腓肠肌，应避免伤口，从足部到大腿由远到近被动按摩， $10\sim 30$ 分钟/次， $6\sim 8$ 次/日；足踝关节屈伸运动， 10 秒* $10\sim 30$ 次/组，至少 8 组/日。

（2）**主动运动** 卧床、清醒后或麻醉作用消失后，指导患者主动踝泵运动（用力、最大限度、反复地屈伸踝关节）， 10 秒* $10\sim 30$ 次/组，

至少 8 组/日；如病情允许可做膝关节屈伸运动；指导术后患者行深呼吸，每小时 10~20 次，增加膈肌运动，促进血液回流。

（四）物理预防

遵医嘱为患者使用梯度压力袜、间歇性充气加压装置、足底静脉泵，以加速血液回流，防止血液瘀滞。

1. 梯度压力袜

（1）准确测量腿部尺寸。步骤如下：脚后跟到臀弯的长度、小腿肚围长、脚后跟到膝盖弯的长度（膝长型）、大腿根围长。

（2）根据尺寸选择对应型号的梯度压力袜。

（3）可以 24 小时连续使用，能有效增加静脉回流，减少血流在小腿的瘀滞，是一种非常安全、方便、非侵入性的预防方案。护士应注意根据患者情况注意查看梯度压力袜穿戴是否正确，肢体血运情况。

2. 间歇性充气加压装置

从足、小腿、大腿序贯加压，使血流增加 200%-240%，临床多为足底、小腿联合气囊加压泵，频率为 30 分钟/次，2~4 次/日。

物理预防的禁忌症：充血性心力衰竭、肺水肿、下肢严重水肿、下肢深静脉血栓症、血栓（性）静脉炎、肺栓塞、下肢局部情况异常（如皮炎、坏疽、近期接受皮肤移植手术）、下肢血管严重动脉硬化、其他缺血性血管病变及下肢严重畸形。

（五）药物预防

遵医嘱给予抗凝药物，加强用药护理。对有出血风险的患者应权衡预防下肢深静脉血栓形成与增加出血风险的利弊。

六、健康宣教

（一）基本宣教：戒烟戒酒，适当饮茶，保证充足的液体入量；每

周泡脚 1 次，每次 20 分钟，水温以舒适为宜；衣服、鞋袜不要太紧，防止患者血栓凝聚；

（二）饮食指导：饮食宜清淡，忌食油腻、肥甘、辛辣等食物。指导患者多食富含膳食纤维的新鲜蔬菜和水果，保持大便通畅；

（三）活动指导：加强肢体被动活动，对偏瘫和自主活动不便的病人，被动按摩病人患肢比目鱼肌及腓肠肌，并做足踝关节屈伸被动运动。手术病人术前充分评估，做好患者的健康宣教，术后按照基础预防内容指导患者进行预防锻炼。

（四）用药指导：用药前了解患者有无出血性疾病，指导患者正确服药；服用抗血栓药物的患者，指导其刷牙时动作要轻柔，避免抠鼻，防止跌倒等，以避免出血情况的发生。告知遵医嘱服药的重要性，不要擅自增加或停用药物，以免形成血栓或继发出血。

（五）心理指导：潜在的 VTE 风险使患者焦虑，物理预防、药物预防产生的治疗费用使其急躁，针对不同患者的心理需求，采用心理疏导等方法，消除其不良心理，详细介绍 DVT 病因、治疗方案、预后及注意事项，有条件时组织病友会提供现场交流，减轻患者心理压力。

（六）出院指导：告知患者出院后 3~6 个月门诊复查，若出现下肢肿胀、疼痛或出血现象，请尽快就医。

七、相关文件

（一）《三级综合医院评审标准（2011 版）》

（二）ACCP 第 10 版《抗栓治疗与血栓预防循证临床实践指南（2016）》

（三）《2015 骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南》

（四）《内科住院患者静脉血栓栓塞症预防中国专家建议（2015）》

附件：

附件一、Caprini 风险评估量表（2005 中文版）

附件二、Caprini 风险评估量表（2009 中文版）

附件三、Autar 风险评估量表

附件四、RAPT 血栓形成危险度评分量表

附件五、Padua 预测评分表

附件六、VTE 的护理管理流程

附件一：

Caprini 风险评估量表（2005 中文版）

1 分	2 分	5 分
年龄 41~60 岁	年龄 61~74 岁	脑卒中（1 个月内）
计划小手术	石膏固定（1 个月内）	急性脊髓损伤（1 个月内）
肥胖（BMI>25 kg/m ² ）	卧床（>72h）	择期下肢关节置换术
异常妊娠	恶性肿瘤（既往或现患）	髌关节、骨盆或下肢骨折
妊娠期或产后（1 个月）	中央静脉置管	多发性创伤（1 个月内）
口服避孕药或使用雌激素	腹腔镜手术（>45min）	
需要卧床休息的患者	大手术（>45min）	
肠炎病史	3 分	
下肢水肿	年龄 ≥75 岁	
静脉曲张	VTE 病史	
严重肺部疾病（1 个月内）	VTE 家族史	
肺功能异常，COPD	肝素诱导的血小板减少症	
急性心肌梗塞	其他先天性或获得性血栓症	
充血性心力衰竭（1 个月内）	抗心磷脂抗体阳性	
败血症（1 个月内）	凝血酶原 20210A 阳性	
大手术史（1 个月内）	因子 V Leiden 阳性	
其他高危因素	狼疮抗凝物阳性	
	血清同型半胱氨酸升高	
备注：权衡抗凝与出血风险后采取个性化预防。对中危伴出血患者，首选物理预防，待出血风险降低后加用药物预防。对有争议，疑难，特殊病例或未尽事宜请 VTE 管理委员会会诊。		
1. 0~1 分：低危；尽早活动，物理预防；		
2. 2 分：中危，无出血风险者给予药物预防加物理预防；有出血风险者给予物理预防；		
3. 3~4 分：高危，给予药物预防加物理预防；		
4. ≥5 分：极高危，措施同高危。		

附件二：

Caprini 风险评估量表（2009 中文版）

1 分	2 分	5 分
年龄 41~60 岁	年龄 61~74 岁	脑卒中（1 个月内）
计划小手术	大手术（<60min）*	急性脊髓损伤（瘫痪）（1 个月内）
近期大手术	腹腔镜手术（>60min）*	选择性下肢关节置换术
肥胖（BMI>30 kg/m ² ）	关节镜手术（>60min）*	髋关节、骨盆或下肢骨折
卧床的内科患者	既往恶性肿瘤	多发性创伤（1 个月内）
炎症性肠病史	肥胖（BMI>40 kg/m ² ）	大手术（超过 3h）
下肢水肿	3 分	1 分（仅针对女性）
静脉曲张	年龄 ≥75 岁	口服避孕药或激素替代治疗
严重的肺部疾病，含肺炎（1 个月内）	大手术 > 持续 2~3h*	妊娠期或产后（1 个月）
肺功能异常，COPD	肥胖（BMI>50 kg/m ² ）	原因不明的死胎史，复发性自然流产（≥3 次），由于毒血症或发育受限原因早产
急性心肌梗死（1 个月内）	VTE 病史	
充血性心力衰竭（1 个月内）	血栓家族史	
败血症（1 个月内）	现患恶性肿瘤或化疗	
输血（1 个月内）	肝素引起的血小板减少	
下肢石膏或肢具固定	未列出的先天或后天血栓形成	
中心静脉置管	抗心磷脂抗体阳性	
其他高危因素	凝血酶原 20210A 阳性	
	因子 V Leiden 阳性	
	狼疮抗凝物阳性	
	血清同型半胱氨酸升高	
注：①每个危险因素权重取决于引起血栓事件的可能性。如癌症的评分是 3 分，卧床的评分是 1 分，前者比后者更易引起血栓。②*只能选择一个手术因素		
1. 0~1 分：DVT 发生风险 <10%，低危；尽早活动，物理预防；		
2. 2 分：DVT 发生风险 10%~20%，中危；药物预防+物理预防；		
3. 3~4 分：DVT 发生风险 20%~40%，高危；药物预防+物理预防；		
4. ≥5 分：DVT 发生风险 40%~80%，死亡率 1%~5%，极高危；药物预防+物理预防。		

附件三:

Autar 风险评估表

年龄 (岁)	分值	体重指数(BMI) 体重 (kg) /身高 (m) ²	分值	活动	分值
10-30	0	低体重 <18.5	0	自由活动	0
31-40	1	平均体重 18.5-22.9	1	自行使用助行工具	1
41-50	2	超重 23.0-24.9	2	需要他人协助	2
51-60	3	肥胖 25.0-29.9	3	使用轮椅	3
61-70	4	过度肥胖 ≥30	4	绝对卧床	4
70 以上	5				
创伤风险 (术前评分项目)	分值	特殊风险	分值	评估指引	
头部受伤	1	口服避孕药:		分值范围 (分) 危险等级	
胸部受伤	1	20-35 岁	1	≤10	低风险
脊柱受伤	2	35 岁以上	2	11-14	中风险
骨盆受伤	3	激素治疗	2	≤15	高风险
下肢受伤	4	怀孕/产褥期	3		
		血栓形成	4		
高危疾病	分值	外科手术 (只选择一个合适的手术)	分值		
溃疡性结肠炎	1	小手术 <30min	1		
红细胞增多症	2	择期大手术	2		
静脉曲张	3	急诊大手术	3		
慢性心脏病	3	胸部手术	3		
急性心肌梗死	4	腹部手术	3		
恶性肿瘤	5	泌尿系手术	3		
脑血管疾病	6	神经系统手术	3		
静脉栓塞病史	7	妇科手术	3		
		骨科 (腰部以下) 手术	4		

附件四：

RAPT 血栓形成危险度评分量表

潜在因素	得分	损伤性因素	得分
肥胖	2	胸部 AIS>2	2
恶性肿瘤	2	腹部 AIS>2	2
凝血异常	2	头部 AIS>2	2
VTE 病史	3	脊柱骨折	3
医源性因素	得分	GCS<8 分持续 4h 以上	3
中心静脉导管>24h	2	下肢复杂骨折	4
24h 内输血>4 单位	2	骨盆骨折	4
手术时间>2h	2	脊髓损伤（截瘫、四肢瘫等）	4
修复或结扎大血管	3	年龄因素	得分
		40-60	2
		61-74	3
		≥75	4
<p>1. ≤5 分：为低风险，DVT 发生率为 3.6%；</p> <p>2. 5-14 分：为中等风险，DVT 发生率为 16.1%；</p> <p>3. >14 分：为高风险，DVT 发生率为 40.7%；</p> <p>注：</p> <p>RAPT：静脉血栓形成危险度评分；AIS：简明损伤定级；GCS：格拉斯哥昏迷评分。</p>			

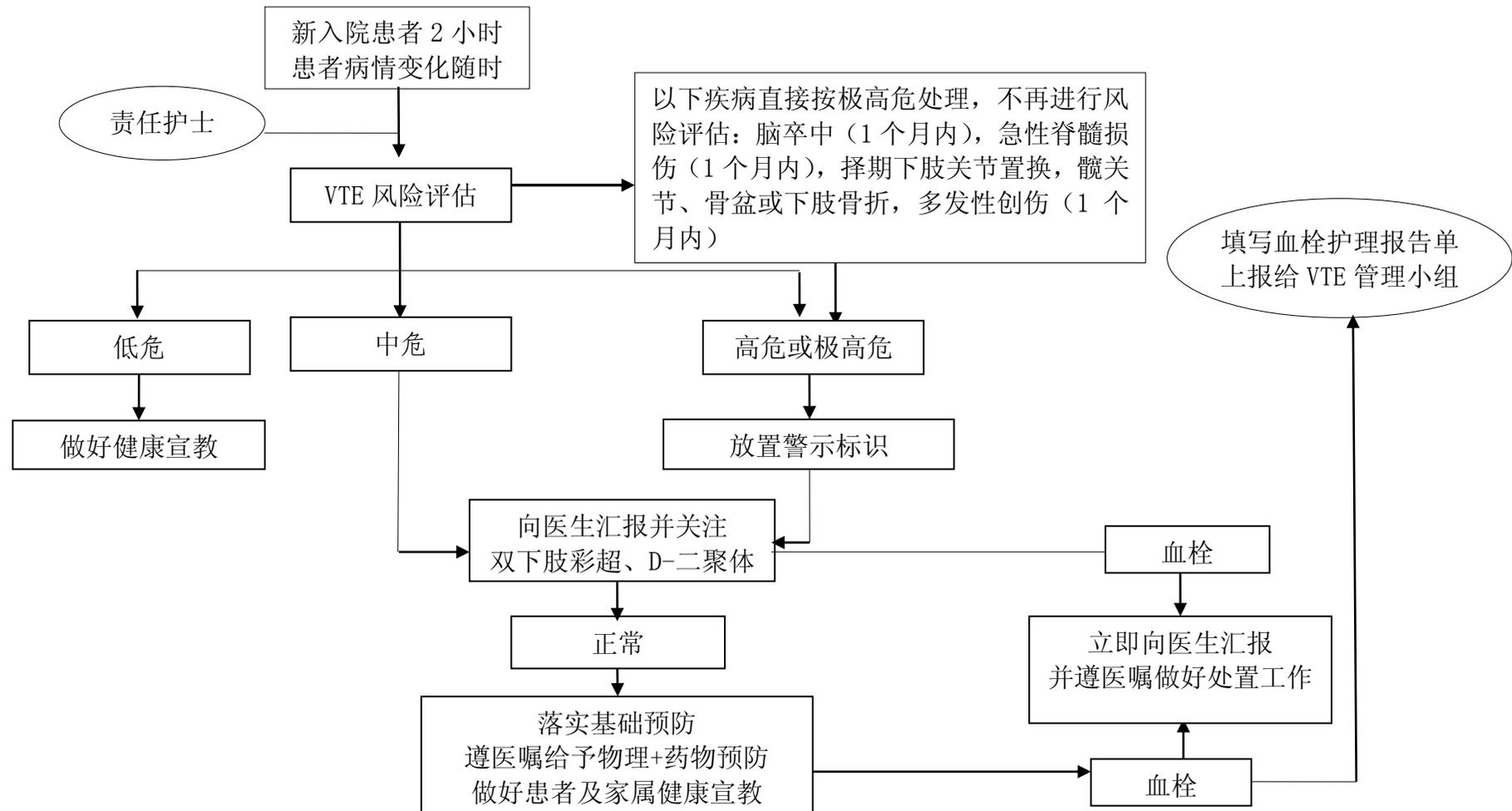
附件五：

Padua 评分标准

危险因素	评分
活动性恶性肿瘤，患者先前有局部或远端转移和(或) 6 个月内接受过化疗和放疗	3
既往静脉血栓栓塞症	3
制动，患者身体原因或遵医嘱需卧床休息至少 3 天	3
已有血栓形成倾向，抗凝血酶缺陷症，蛋白 c 或 s 缺乏，因子 VLeiden 及凝血酶原 G20210A 突变，抗磷脂抗体综合征	3
近期(≤1 个月)创伤或外科手术	2
年龄≥70 岁	1
心脏和(或)呼吸衰竭	1
急性心肌梗死和(或)缺血性脑卒中	1
急性感染和(或)风湿性疾病	1
肥胖(体质指数≥30 kg / m ²)	1
正在进行激素治疗	1
备注：每个危险因素的评分为 1~3 分，按总得分情况分为 2 组，低危<4 分，高危≥4 分。	

附件六:

VTE 的护理管理流程



ZDYJ-008 住院患者疼痛评估与护理指导意见

文件名称：住院患者疼痛评估与护理指导意见		文件编号：ZDYJ-008
制订日期：2016年7月	修订日期：	修订次数：
修订摘要：		

疼痛是医学界长期关注的重要课题，全美保健机构评审联合委员（JCAHO）于1995年正式将疼痛确定为继体温、脉搏、呼吸、血压以后的第五生命体征。调查研究表明，在生理舒适中患者将无痛放在了需求首位。疼痛评估是规范性疼痛处理的第一步，也是最关键的一步，为进一步规范疼痛护理评估与管理，山东省护理质控中心现就住院患者疼痛护理评估规范工作提出以下指导意见，各医院可参照执行。

一、定义及相关概念

（一）**疼痛** 指组织损伤或潜在组织损伤而引起的不愉快的主观感受和情感体验。

（二）**简易评估** 使用疼痛评估工具，准确评估患者的疼痛程度。

（三）**综合评估** 评估患者的疼痛程度、部位、性质、持续时间、发生频率、加重或缓解因素、伴随症状、疼痛对日常工作生活的影响、对睡眠的影响、既往疼痛病史、药物治疗史、治疗效果和治疗相关不良反应等。

二、评估原则

护理人员应当尊重患者有得到合适的疼痛评价和止痛的权利，应遵循患者的主诉是诊断患者有无疼痛及疼痛程度的主要依据的评估

原则，全面、动态的评估患者疼痛的发作、治疗效果及转归，并进行实时记录。

- (一) 应选择合适的评估工具进行简易评估。
- (二) 根据患者疼痛程度、镇痛措施实施情况，进行综合评估。
- (三) 评估应贯穿治疗的全过程。

三、评估工具选择

评估工具分为疼痛程度自评工具和疼痛程度他评工具。自评工具推荐使用数字评分（NRS）、口述分级（VRS）、改良面部表情疼痛评估（FPS-R）、视觉模拟评分法：（VAS）；他评工具推荐使用成人疼痛行为评估量表或小儿疼痛行为评估量表。

（一）疼痛程度评估首选自评工具

1. NRS(数字疼痛分级法): 可用于理解数字并能表达疼痛的患者，将疼痛程度用 0-10 共 11 个数字表示，0 表示无疼痛，10 表示最剧烈的疼痛；0-10 之间，数字越大，疼痛程度越重。由患者根据其疼痛程度选择相应的数字。NRS 简单实用，易于记录，在临床和科研中使用较为广泛；

2. VRS(口述分级评分法): 可用于理解文字并能表达疼痛的患者，根据患者对疼痛的表达，将疼痛程度分为无痛、轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛。轻度疼痛：有疼痛但可忍受，生活正常，不影响睡眠；中度疼痛：疼痛明显，不能忍受，要求服用镇痛药物，影响睡眠；重度疼痛：疼痛剧烈，不能忍受，需用镇痛药物，严重影响睡眠。

3. FPS-R (面部表情图画评分法): 可用于不能理解数字和文字的患者。疼痛评估时由患者选择一张最能表达其疼痛的面部表情, 以代表其疼痛程度。FPS-R 在儿童和老年患者的疼痛评估中使用较为广泛, 也适用于能交流的 ICU 患者的疼痛评估。

4. VAS (视觉模拟评分法): 是使用一条长约 10cm 的游动标尺, 一面标有 10 个刻度, 两端分别“0”分端和“10”分端, “0”分表示无痛, “10”分代表难以忍受的最剧烈的疼痛, 临床使用时将有刻度的一面背向病人, 让病人在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置, 护士根据病人标出的位置看后面的数字为其评出分数。

(二) 对不能使用自评工具评估疼痛程度的患者, 选择疼痛程度他评工具

1. 成人疼痛行为评估量表: 评估项目包括面部表情、休息状态、肌张力、安抚效果、通气依从性(气管插管患者)或发声(非气管插管患者)。每一项按 0-2 评分, 总分为 10 分, 分值越高说明疼痛程度越重(见附件一)。

2. 小儿疼痛行为评估量表: 评估项目包括面部表情、下肢状态、活动、安抚效果、通气依从性(气管插管患儿)或哭闹(非气管插管患儿), 可用于出生 >28 天的小儿。每一项按 0-2 评分, 总分为 10 分, 分值越高说明疼痛程度越重(见附件二)。

3. 重症监护患者疼痛观察工具 (Critical-care pain observation tool, CPOT): CPOT 是一个针对危重、有或无气管插管病人的有效的疼痛评估工具, 它共对疼痛的 4 个方面进行评估, 包括

面部表情、身体运动、肌肉张力、病人对机械通气的顺应性（针对气管插管病人）或发声（针对无气管插管病人）。每个方面从 0 分到 2 评分，总分为 0 分（无痛）到 8 分（最痛）。分值越高说明疼痛程度越重（见附件三）。

四、评估时机（作为第五生命体征评估）

（一）疼痛评估分定时评估、实时评估

1. 定时评估：

- （1）入院时或转入时；
- （2）轻度疼痛（1-3 分）每日评估 1 次；
- （3）中、重度疼痛（ ≥ 4 分）：每 4 小时评估 1 次至 < 4 分。

2. 实时评估：

- （1）当患者报告疼痛，或出现新的疼痛时进行评估；
- （2）镇痛治疗方案更改后；
- （3）给予疼痛干预治疗后，追踪评估，如：非消化道途径给予镇痛药物后 30min(皮下 30min)；消化道给予镇痛药物后 1h；贴剂：4h(或遵说明书)。如果疼痛评估结果理想，恢复常规评估。遵循“评估-干预-再评估”循环，直至达到疼痛评分 < 4 分。

- （4）当患者正常入睡时，不需要进行疼痛评估，记录“入睡”。

（二）疼痛评估对象

1. 新入院或转入患者；
2. 采取镇痛干预措施前后；
3. 外科手术患者；

4. 肿瘤患者；
5. 因其他情况（如创伤、有创操作、疾病等）处于疼痛状态的患者。

（三）备注

1. 每日应对住院患者进行至少一次简易评估。
2. 以下情况，需要进行简易评估：
 - （1）入院时（除癌性疼痛）；
 - （2）由他科转入时；
 - （3）手术患者返回病房时；
 - （4）接受可能引起中度及以上疼痛的诊疗操作后；
 - （5）机械通气的患者拔除人工气道后。
3. 以下情况，应进行综合评估：
 - （1）疼痛评分 ≥ 4 或中度及以上疼痛时；
 - （2）给予镇痛措施后；
 - （3）对于癌性疼痛患者，入院时应全面、全方位（社会文化）评估。
4. 综合评估后，疼痛评分 < 4 或轻度及以下疼痛，且可耐受治疗相关不良反应时，恢复简易评估。

五、评估内容

（一）疼痛程度分级

0 为无痛，1-3 为轻度疼痛，4-6 为中度疼痛，7-10 为重度疼痛。

（二）疼痛部位

评估疼痛发生的主要部位和发生放射性疼痛的部位。

1. 让患者确定自己疼痛的部位。
2. 可能的情况下，让患者指出自己疼痛的位置。
3. 让患者在人体图中画出疼痛的位置。
4. 用图片形式方便患者指出疼痛的位置。
5. 询问患者疼痛是否辐射到周围，若有则让患者指出自身疼痛辐射的位置。

记录：根据患者指出疼痛部位，采用文字描述（医学术语）的方式或在人形图上做标记的方式记录。如果患者身体多处发生疼痛，可以分别用不同的字母，如 A、B、C 在人形图的不同部位上标出。

（三）疼痛性质：评估有助于判断疼痛的病因及确定治疗方案。

1. 请患者描述疼痛性质。
2. 如果患者不能够描述疼痛性质，护士可以列举一些词语以给患者启发，如：①刀割样痛②绞痛③烧灼样痛④刺痛⑤压痛⑥胀痛⑦钝痛⑧其他：如搏动性痛、枪击样痛、刺痛、锐痛、抽筋样痛、咬痛、热辣辣的痛、酸痛、一触即痛、爆裂样痛、跳痛、坠痛、钻顶样痛、撕裂样痛、牵拉样痛、压榨样痛、放电样痛、电击样痛、麻木样痛、束带样痛、轻触痛等。

（四）疼痛持续时间

1. 评估疼痛开始发生和持续的时间。判断是间断性疼痛、间隙性疼痛或持续性疼痛。

2. 持续性疼痛指连续发作时间超过 30s，阵发性疼痛指连续发作时间不到 30s，间隙性疼痛指疼痛与不疼痛交替出现。

3. 评估间断性疼痛发生的频度。

（五）其他

1. 疼痛的加重及缓解因素；
2. 疼痛对睡眠、休息、活动等功能状态的影响；
3. 疼痛引起的生理行为反应如心率快、出汗、烦躁不安等；
4. 患者对疼痛的认知反应如焦虑、恐惧、疼痛危害性、自我应对方法等；
5. 疼痛治疗相关并发症；
6. 患者对疼痛治疗的反应。

六、评估注意事项

- （一）生理和行为不是反映疼痛的最敏感或特定指标；
- （二）不能交流的患者，采用客观疼痛评估法；
- （三）具备交流能力的患者，采用主观疼痛评估法；
- （四）整个住院过程中，对同一位患者应使用同一种主观或客观疼痛评估工具。

七、记录

（一）不同评估工具间记录方法的转换：采用 VAS 及 NRS 时，直接记录对应的数字；采用描述性评估标尺时，分别用“0、2、4、6、8、10”六个数字对应六个描述疼痛强度的词语；采用脸谱标尺时，分别用“0、2、4、6、8、10”六个数字对应 6 张脸谱。

(二)将评估的分值记录于体温单相应时间点的疼痛栏内,同时详细记录于“疼痛评估单”。

八、疼痛管理目标

(一)患者疼痛评分 ≤ 3 分。

(二)24小时内爆发性疼痛频率 ≤ 3 次。

(三)24小时内需要解救药物频率 ≤ 3 次。

九、相关文件

(一)《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准(第五版)》

(二)《三级综合医院评审标准(2011版)》

附件:

附件一、《成人疼痛行为评估量表》

附件二、《小儿疼痛行为评估量表》

附件三、《重症监护患者疼痛观察工具(CPOT)》

附件四、《疼痛评分标准》

附件一：

成人疼痛行为评估量表

项目	分值		
	0	1	2
面部表情	放松	皱眉、紧张或淡漠	经常或一直皱眉，扭曲，紧咬
休息状态	安静	有时休息不好，变换体位	长时间休息不好，频繁变换体位
肌张力	放松	增加	僵硬，手指或脚趾屈曲
安抚效果	不需安抚	通过分散注意力能安抚	通过分散注意力很难安抚
通气依从性（气管插管患者）	完全忍受	呛咳，但能忍受	对抗呼吸机
发声（非气管插管患者）	无异常发声	有时呻吟、哭泣	频繁或持续呻吟、哭泣

附件二：

小儿疼痛行为评估量表

项目	分值		
	0	1	2
面部表情	放松	皱眉、紧张或淡漠	扭曲、下颌颤抖或紧咬牙关
下肢状态	放松	紧张、不安静	腿踢动或腿部蜷曲
活动	静卧或活动自如	躁动	身体屈曲、僵直或急扭
安抚效果	不需安抚	可安抚	很难安抚
通气依从性（气管插管患儿）	完全忍受	呛咳，但能忍受	对抗呼吸机
哭闹（非气管插管患儿）	无	呻吟、呜咽、偶哭	持续哭、哭声大

附件三：

重症监护患者疼痛观察工具（CPOT）

指标	描述		分值
面部表情	无肌肉紧张表现	放松	0
	皱眉，眼轮匝肌紧固	紧张	1
	皱眉，眼轮匝肌紧固，眼睑紧闭	痛苦	2
身体运动	完全无运动	无运动	0
	缓慢谨慎的运动，触摸或摩擦痛点，通过运动寻求关注	保护性运动	1
	拽管，试图坐起，捶打，不遵嘱，撞击床柱，试图下床	烦躁不安	2
肌张力 (对上肢被动伸曲评估)	对被动运动无抵抗	放松	0
	对被动运动有抵抗	紧张，僵硬	1
	对被动运动有抵抗并不能停止	非常紧张，僵硬	2
机械通气的顺应性	未报警，机械通气顺畅	可耐受机械通气或移动	0
	自主呼吸报警	呛咳，但可耐受	1
	与呼吸机不同步，抵抗呼吸机，频繁报警	抵抗机械通气	2
发声（拔管患者）	言语正常或不发声	言语正常或不发声	0
	叹气呻吟	叹气呻吟	1
	喊叫，啜泣	喊叫，啜泣	2

附件四：

疼痛评分标准

疼痛等级	评分	评分说明
无痛	0	
轻度疼痛	1-3分：安静平卧时基本不疼，不影响睡眠	1分：被动活动时疼痛
		2分：主动活动或变换体位时疼痛
		3分：平卧时会疼痛，有被动体位
中度疼痛	4-6分：安静平卧时疼痛，影响睡眠	4分：间歇疼痛，对日常生活有影响，偶尔会有皱眉、咧嘴或咬牙等表情。
		5分：持续疼痛，入睡困难，食欲减退，心情烦躁。
		6分：疼痛较重，容易被疼醒或根本不能入睡，呻吟或呼叫
重度疼痛	7-10分：疼痛难以忍受	7分：疼痛严重，翻转不安，焦虑，有冷汗，无法入睡，注意力无法从疼痛部位分散
		8分：疼痛持续难忍，全身大汗
		9分：剧烈疼痛不能忍受
		10分：最疼痛，痛不欲生

