

住院患者压疮风险评估与护理指导意见

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。

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及。

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) 评估频次：初次评估后，轻、中度危险患者每天评估一次；高度、极度危险患者每班评估一次；病情变化时随时进行评估。

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，可在小腿上垫一个软枕，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剂。

六、相关文件

1、《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准（第五版）》

2、《三级综合医院评审标准（2011年版）》

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 1 《Braden 压疮风险评估量表》

附件 2 《Braden-Q 儿童压疮风险评估量表》

附件 3 《国际 NPUAP/EPUAP 压疮分类系统 (2014 版) 》

附件1

Braden压疮风险评估量表

项目	评 分			
感知 机体对压力所引起的不适感的反应能力	1 完全受限 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。	2 大部分受限 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。	3 轻度受限 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。	4 没有改变 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。
营养 平常的食物摄 入模式	1 重度营养摄入不足 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/或清液摄入或静脉输入大于 5d 。	2 营养摄入不足 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。	3 营养摄入适当 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 能达到绝大部分的营养所需。	4 营养摄入良好 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。

<p>摩擦和剪切力</p>	<p>1 有此问题 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。</p>	<p>2 有潜在问题 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。</p>	<p>3 无明显问题 能独立在床上或椅子上移动，并且有足够将完全抬空躯体。在床上或椅子上总是保持良好的位置。</p>	
<p>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</p>				

附件 2

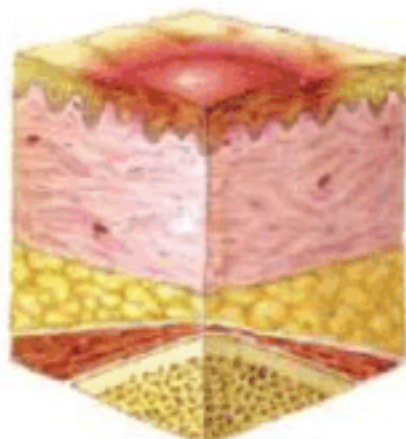

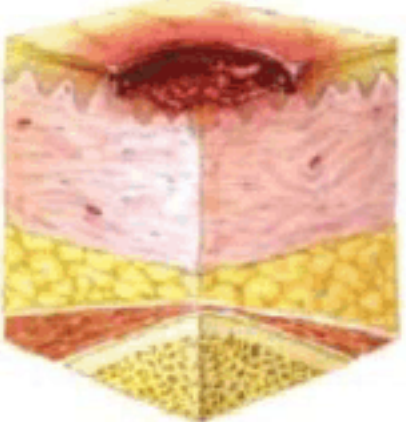

Braden-Q儿童压疮风险评估量表

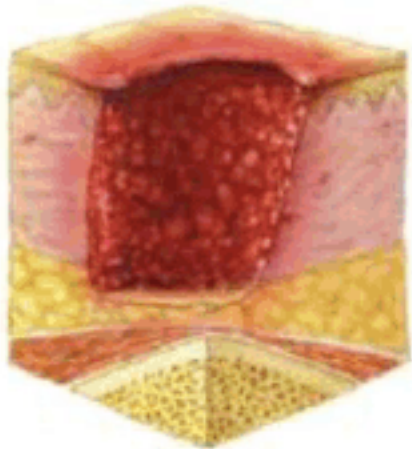

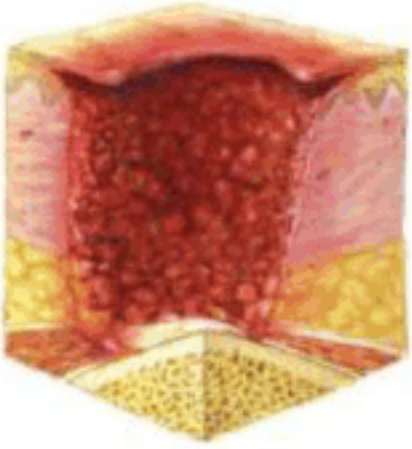



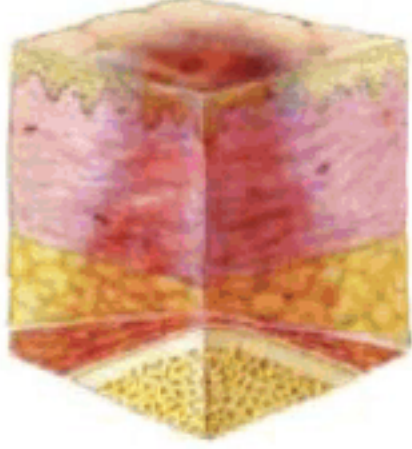

项目	评 分			
移动能力 控制躯体位置 的能力	1 完全受限 没有帮助的情况下不 能完成轻微的躯体或 四肢的位置变动。	2 严重受限 偶尔能轻微移动躯体 或四肢，但不能独立 完成经常的或显著的 躯体位置变动。	3 轻度受限 能经常独立改变躯体 或四肢，但变动幅度 不大。	4 不受限 独立完成经常性的大 幅度体位改变。
活动能力 躯体活动能的 能力	1 卧床不起 限制在床上。	2 局限于轮椅 行动能力严重受限或 没有行走能力。	3 偶尔步行 白天在帮助或无帮助 的情况下偶尔可以走 一段路。每天大部分 时间躺在床上或椅子 上度过。	4 经常步行 每天至少 2 次室外行 走，白天醒着的时候 至少 2h 行走一次。
感知 机体对压力引 起的不适感的 反应能力	1 完全受限 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。	2 严重受限 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。	3 轻度受限 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。	4 没有改变 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 8h 小时更 换一次。	3 偶尔潮湿 皮肤偶尔处于潮湿 状态，每天大概需 要 12h 小时换一次 床单。	4 无明显问题 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。
摩擦和剪切力	1 有重要问题 痉挛、挛缩、痒或躁 动不安通常导致持续	2 有此类问题 移动时需要中到大量 的帮助，不可能做到	3 有潜在问题 躯体移动乏力，或者 需要一些帮助，在移	4 无明显问题 能独立在床上或椅子 上移动，并且有足够

	的扭动和摩擦。	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。	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。	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 平时的食物摄入模式	1 重度营养摄入不足 禁食和 / 或清液摄入 或蛋白 < 25mg/L 或静脉输液大于 5d。	2 营养摄入不足 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。	3 营养摄入适当 管饲或TPN 能获得足量的成长所需营养物质。	4 营养摄入良好 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 低血压 (MAP < 50mmhg; 新生儿 MAP < 40mmHg); 氧饱和度 < 95%; 血红蛋白水平 < 100mg / L; 正常患儿无法耐受体位变换。	2 缺乏 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。	3 充足 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 值正常。	4 非常好 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 3 :

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/破损的血清样水疱。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>1 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。</p>		
<p>2 期：全层组织损伤</p> <p>全层组织损伤，并带有骨骼、肌腱或肌肉的裸露。在创基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。</p>		
<p>不可分期的压疮：深度不明</p> <p>全层组织损伤，创基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，不应予以去除。</p>		
<p>可疑深部组织损伤：深度不明</p> <p>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。</p>		

住院患者跌倒风险评估与护理指导意见

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。

一、定义及相关概念

(一) 跌倒 是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 是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 跌倒坠床风险评估量表》（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

- 1. 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。
 - 2. 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。
 - 3. 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。
 - 4. 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。

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

1. 《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准（第五版）》
2. 《三级综合医院评审标准（2011年版）》

附件：

附件一、《Morse 跌倒坠床风险评估量表（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
多十个疾病诊断	无	0
	有	15
使用行走辅助用具	不需要、卧床休息、护士辅助	
	拐杖、助行器、手杖	15
	依扶家具行走	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	
	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. **近三个月有无跌倒：**患者在本次住院期间或近 3 个月出现过跌倒事件，则评分为 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）则评 15 分，只有一项评 0 分。
3. **使用行走辅助工具：**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/手杖/步行器，则评 15 分。患者在行走时是倚扶在家俱上，则评 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，如无则评 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/坠床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/坠床预防性干预措施

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。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 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

患儿低风险跌倒/坠床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，记录宣教情况

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

非计划性拔管风险评估与护理指导意见

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。

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； $4\sim 7$ 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，如遇到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，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

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/147005122140006066>
