

预防呼吸机相关性肺炎护理措施执行情况查检表

查检医院：_____ 查检科室：_____ 患者性别：_____ 年龄：_____ 疾病诊断：_____

气管插管类型：经口 经鼻 气管切开 已插管时间：_____ 护理机械通气患者责任护士层级：_____

查检项目	查检内容	是	否	备注栏	查检方式及标准
环境管理	环境温度在 22~24℃				首先看有无温湿度仪，如无，则直接不合格。如有，看温湿度是否达标
	环境相对湿度达到 30~60%				
	物体表面（床栏、床头柜监护仪按钮等患者周围物品）采样，菌落数合格				查科室相关感控资料：如无，则直接不合格。如有，重症监护病房监测合格标准：空气培养：细菌数≤4cfu/90皿，物体表面≤5cfu/m ²
	空气采样，菌落数合格				
患者周围物体表面常规消毒每日 1~2 次				询问责任护士有无对物表进行消毒，重点询问呼吸机面板、床头柜、床栏等，消毒频次是多少（每日需用 500mg/L 的含氯消毒液擦拭 1~2 次）	
手卫生	洗手指征正确：接触患者前、无菌操作前、体液暴露后、接触患者后、接触患者周围环境后需洗手				在护士实施吸痰、口腔护理操作时查看洗手时机或方式是否正确
	洗手方法正确：采用七步洗手法，揉搓时间>15 秒				
	手卫生监测合格				查科室相关感控资料：如无，则直接不合格。如有，细菌数≤10cfu/cm ²
体位	无禁忌症，床头抬高 30° ~ 45°				查看是否有度量仪器或有无该高度的参照物等，保证患者是床头及胸部均抬高，患者不能下滑严重
呼吸机使用管理	呼吸机管路每 7 天更换 1 次；有污染立即更换				管路更换频次可查看呼吸机上的更换日期/查电脑计价单/查护理记录，现场查呼吸机管路有无污染
	集水杯始终处于管路系统最低位				
	冷凝水不超过集水杯的 1/2				
	湿化罐档位选择适当，患者气道湿化满意：分泌物稀薄，能顺利通过吸引管，导管内没有痰痂				在吸痰操作时观察患者痰液分度：I° 米汤、泡沫，吸引管冲洗无残留；II° 比 I° 厚，吸引管冲洗少量残留；III° 黄/绿粘稠，吸引管冲洗残留多，不易冲洗干净。

				患者痰液不能达到 III°，达到 III° 视为不合格	
	湿化罐内水位合适，在最高水位线和最低水位线之间				
	呼吸机使用空气过滤器			呼吸道传染性病患者，呼吸机进气端和出气端均应使用空气过滤器	
气囊管理	气囊压力每 6~8 小时监测 1 次			询问护士或者查护理记录气囊压力监测频次	
	气囊压力维持在 25~30cmH ₂ O			现场用气囊压力表查其当时的压力	
	吸痰后，重新测量气囊压力			现场查吸痰操作后是否重新监测气囊压力	
	口腔护理后，重新测量气囊压力			现场查口腔护理操作后是否重新监测气囊压力	
	患者改变体位后，重新测量气囊压力			现场查体位改变后是否重新监测气囊压力	
分泌物吸引	吸痰及时			根据气道评估的四项吸引指针，判断患者吸引是否及时	
	气道评估	气道内无可听见、可看到的分泌物			此内容为判断患者是否需要分泌物吸引的指征，当患者临床表现不符合其中任一项，则应及时进行分泌物吸引。吸痰操作时采用其中任一评估方法均视为合格
		听诊无闻及肺部粗湿罗音			
		无气道分泌物相关的血氧饱和度下降和（或）血气分析指标恶化			
		排除呼吸机管路抖动和积水后，呼吸机监测面板上流量和（或）压力波形无锯齿状改变			
	吸引操作	吸引前给予 30~60 秒纯氧			查分管有创机械通气患者的责任护士吸痰操作，如一位责任护士分管多位这样的患者，选择其中一位演示即可。查检其余患者吸痰操作结果同该患者
		开放式吸痰时严格无菌操作			
		吸引负压应控制在-80~-150mmHg			
		置入吸引（吸痰）管过程中应不带负压			
		置入过程中感觉有阻力或刺激咳嗽时，应将吸引（吸痰）管退出 1~2cm，然后轻柔旋转提吸			
		从置入到退出吸引（吸痰）管，宜在 15 秒内			
		如需要，应先进行口咽部和（或）鼻咽部吸引，再进行气道内吸引			
		更换吸引部位时，更换吸引（吸痰）管			
		密闭式吸引（吸痰）管出现可见污染或套囊破损时应立即更换			
吸引过程中观察患者的面色、呼吸、血氧饱和度、					

		心率/律和血压					
		吸引后给予 30~60 秒纯氧					
		吸引后评估患者的血氧饱和度、呼吸音和机械通气波形					
		记录吸引物的颜色、性状和量				查检时未记录时应口述，否则视为不合格	
		每次吸引结束后应及时、充分地冲洗管路					
	声门下吸引		吸引压力：-80~-150mmHg				
		吸引频次：至少每 1~2 小时吸引 1 次					
口腔护理		口腔护理频次：每 6~8 小时进行 1 次				询问护士或者查看护理记录口腔护理频次	
	操作前评估		评估意识、生命体征、血氧饱和度、配合程度				
			评估潮气量、气道压力				
			评估气道通畅情况				
			评估气管插管末端至门齿的距离				
			评估气囊压力				
		无抬高床头禁忌症的患者，抬高床头 $\geq 30^\circ$					
	口腔护理操作		湿润口唇				查看分管有创机械通气患者的责任护士口腔护理操作，如一位责任护士分管多位这样的患者，选择其中一位演示即可。查检其余患者口腔护理操作结果同该患者
			打开固定装置进行口腔清洗				
			评估口腔卫生状况及口周皮肤				
			清洁到口腔护理操作要求的各个部位				
			口腔护理后按需进行口腔内吸引				
			口腔护理后按需声门下分泌物吸引				
		操作过程中观察病情变化、不良反应和并发症、呼吸机运行状况、气道通畅情况、患者对机械通气的反应					
		操作过程中观察吸引液的颜色、性质、量					
	口腔护理后评估气管插管末端至门齿的距离						

		口腔护理后评估口腔有无异味/残渣/污渍				
		湿润口唇				
		妥善固定				
鼻饲	首选幽门后（小肠）喂养					
	评估	患者胃肠道耐受情况				胃肠道耐受情况包括患者胃潴留、腹痛、腹胀、排气、排便等情况，也可根据肠内营养耐受性评分表（见附录）进行评估：0~2分：继续肠内喂养，维持原速度，对症治疗；3~4分：继续肠内喂养，减慢速度，2h后重新评估；≥5分：暂停肠内营养，重新评估或更换输入途径
		置入鼻肠管/胃管深度				
		监测残余量				可使用≥50ml的营养液注射器、床旁超声仪等方法进行残余量评估 分次推注和间歇重力滴注每次喂养前应检查胃残余量；持续经泵输注时，应每隔4~6h检查胃残余量
		鼻饲液的质量和温度				
	鼻饲操作	无禁忌症，抬高床头≥30°				
		鼻饲前吸痰				
		观察有无呛咳、误吸、返流表现				
鼻饲结束后保持半卧位 30~60 分钟						
镇痛镇静	有连续动态的镇静深度（RASS评分）监测				查护理记录或者提问，了解其评估频次。至少每小时评估、记录1次	

查检目的：查检预防呼吸机相关性肺炎相关护理措施在临床实施中的薄弱环节

查检时间：

查检地点：

查检人员：

查检方法：现场查检，根据结果在“是”、“否”上“√”表示。具体问题手写在备注栏内。

附录

肠内营养耐受性评分表

项目	0分	1分	2分	3分
腹痛/腹胀	无	轻度	感觉明显, 会自行缓解或腹内压 15~20mmHg	严重腹胀/腹痛感, 无法自行缓解或腹内压 >20mmHg
恶心/呕吐	无	有轻微恶心, 无呕吐	恶心呕吐, 但不需要胃肠减压或胃残余量 >250ml	呕吐, 需要胃肠减压或残留量 >500ml
腹泻	无	3~5次稀便/d, 量 <500ml	稀便 >5次/d, 且量 500~1500ml	稀便 >5次/d, 且量 >1500ml
<p>注: 0~2分: 继续肠内营养, 维持原速度, 对症治疗</p> <p>3~4分: 继续肠内喂养, 减慢速度, 2h后重新评估</p> <p>≥5分: 暂停肠内营养, 重新评估或更换输入途径</p>				