

静脉治疗护理技术操作规范

护理部

范围

本标准规定了静脉治疗护理技术操作的要求。

本标准适用于全国各级各类医疗机构从事静脉治疗护理技术操作的医务人员。

2013-11-14发布

2014-05-01实施

解读：

应 必须

宜 推荐、建议

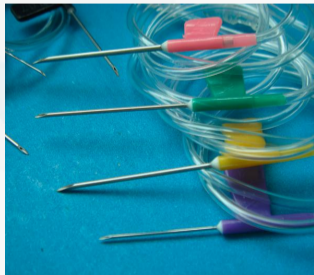
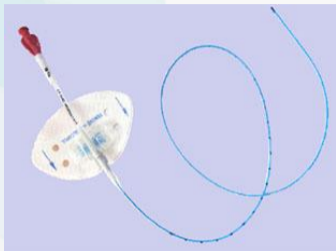
可 允许、可以

静脉治疗

将各种药物（包括血液制品）以及血液，通过静脉注入血液循环的治疗方法，包括**静脉注射、静脉输液和静脉输血**；常用工具包括：注射器、输液器、一次性静脉输液钢针、外周静脉留置针、中心静脉导管、经外周静脉置入中心静脉导管、输液港以及输液附加装置等。



静脉治疗工具



1

静脉治疗基本要求

静脉治疗基本要求

1

静脉药物的配置和使用应在**洁净**的环境中完成

2

实施静脉治疗护理技术操作的医务人员应为**注册护士、医师和乡村医生**，并应定期进行静脉治疗所必须的专业知识及技能培训

静脉治疗基本要求

3

PICC置管操作应由经过PICC专业知识与技能培训、考核合格且有5年以上临床工作经验的操作者完成

4

应对患者和照顾者进行静脉治疗、导管使用及维护等相关知识的教育

2

静脉治疗操作程序

基本原则

1. 所有操作应执行查对制度并对患者进行**两种以上**方式的身份识别，询问过敏史。
2. 穿刺针、导管、注射器、输液（血）器及输液附加装置等应**一人一用一灭菌，一次性使用的医疗器具不应重复使用**。
3. 易发生血源性病原体职业暴露的高危病区宜选用一次性安全型注射和输液装置。

基本原则

4. 静脉注射、静脉输液、静脉输血及静脉导管穿刺和维护应遵循**无菌技术**操作原则。
5. **操作前后应执行医务人员手卫生规范，不应以戴手套取代手卫生。**
6. 置入PVC时宜使用清洁手套，置入PICC时宜遵守**最大无菌屏障**原则。
7. PICC穿刺以及PICC、CVC、PORT维护时，宜使用专用护理包。

基本原则

8. 穿刺及维护时应选择合格的皮肤消毒剂，宜选用2%葡萄糖酸氯己定乙醇溶液（年龄 <2 个月的婴儿慎用）、有效碘浓度不低于0.5%的碘伏或2%碘酊和75%酒精。
9. 消毒时应以穿刺点为中心擦拭，**至少消毒两遍**或遵循消毒剂使用说明书，待自然干燥后方可穿刺。
10. 置管部位不应接触丙酮、乙醚等有机溶剂，不宜在穿刺部位使用抗菌油膏。

解读

1、所有操作应执行查对制度并对患者进行两种以上方式的身份识别，询问过敏史（6.1.1）：

（1）实施输液治疗前：至少应使用**两种**确认患者身份的方法，如姓名、病案号、身份证号等，不准单独使用患者的房间号、床号或特定区域代码来识别患者；

（2）执行操作时，应“核对腕带信息”及让“患者说出姓名”的形式进行患者确认；

（3）操作前，应询问患者有无药物、消毒剂、导管材料等过敏史。

2、遵循无菌技术操作原则（6.1.4）：

- (1) 环境要清洁：避免人员流动，防止尘埃飞扬，衣帽整洁，洗手。
- (2) 无菌物品与非无菌物品分开放置，无菌物品不可暴露在空气中。
- (3) 无菌包应注明无菌名称、消毒灭菌日期，并按日期先后顺序排放。
- (4) 取无菌物品时必须用无菌钳（镊），未经消毒的物品不可触及无菌物或跨越无菌区。
- (5) 无菌物品疑有污染或已被污染，即不可使用，应更换或重新灭菌。
- (6) **一套**无菌物品，只能供**一个**病员使用，以免发生交叉感染。

解读

3、操作前后应执行医务人员手卫生规范，不应以戴手套取代手卫生（6.1.5）：

（1）洗手时机：接触病人前洗手、无菌操作前洗手、体液暴露后洗手、接触病人后洗手、接触病人的周围环境后洗手。

（2）手卫生原则：清洁剂和流动水洗手；手消毒剂消毒双手。

（3）洗手环节：六步洗手法，时间不少于15s。

3、置入PVC时宜使用清洁手套，置入PICC时宜遵守**最大无菌屏障**原则（6.1.6）：

最大无菌屏障包括置管操作（CVC、PICC、PORT）应戴一次性帽子、一次性口罩、无菌手术衣、无菌手套并采用可以覆盖整个身体的无菌铺巾。

操作前评估

- (1) 评估患者的年龄、病情、过敏史、静脉治疗方案、药物性质等，选择合适的输注途径和静脉治疗工具。
- (2) 评估穿刺部位皮肤情况和静脉条件，在满足治疗需要的情况下，**尽量选择较细、较短的导管。**
- (3) 一次性静脉输液钢针宜用于短期或单次给药，**腐蚀性药物不应使用一次性静脉输液钢针。**

操作前评估

- (4) 外周静脉留置针宜用于短期静脉输液治疗，**不宜**用于腐蚀性药物等持续性静脉输注。
- (5) PICC宜用于中长期治疗、可用于任何性质的药物输注，不应用于高压注射泵注射造影剂和血液动力学监测（耐高压管除外）。
- (6) CVC可用于任何性质的药物输注、血液动力学的监测，不应用于高压注射泵注射造影剂（耐高压导管除外）。
- (7) PORT可用于任何性质的药物输注，不应使用高压注射泵注射造影剂（耐高压导管除外）。



钢针适用范围（6.2.3）：

- （1）静脉输注刺激性小的溶液或药物；
- （2）输液量少，输液治疗小于4h；
- （3）单次抽血检查的患者。



腐蚀性药物如：阿霉素、氮芥、西艾克、柔红霉素等避免使用钢针，以免造成外渗。

PVC穿刺

“

一次性静脉输液钢针穿刺



“

外周静脉留置针穿刺



穿刺

PVC穿刺步骤：

- 1、取舒适体位，解释说明穿刺目的及注意事项；
- 2、选择穿刺静脉，皮肤消毒；
- 3、穿刺点上方扎止血带，绷紧皮肤穿刺进针，见回血后可再次进入少许。
- 4、如为外周静脉留置针则固定针芯，送外套管入静脉，退出针芯，松止血带。
- 5、选择透明或纱布类无菌敷料固定穿刺针，敷料外应注明日期、操作者签名。

穿刺

PVC穿刺注意事项：

1、宜选择上肢静脉作为穿刺部位，避开静脉瓣、关节部位以及有疤痕、炎症、硬结等处的静脉；

2、**成年人不宜选择下肢静脉进行穿刺；**

3、**小儿不宜首选头皮静脉；**

4、接受乳房根治术和腋下淋巴结清扫术的患者应选健侧肢体进行穿刺，有血栓史和血管手术史的静脉不应进行置管；



穿刺

PVC穿刺注意事项:

- 5、一次性静脉输液钢针穿刺处的皮肤消毒范围直径应 $\geq 5\text{cm}$ ，外周静脉留置针穿刺处的皮肤消毒范围直径应 $\geq 8\text{cm}$ ，应待消毒液自然干燥后再进行穿刺；
- 6、应告知患者穿刺部位出现肿胀、疼痛等异常不适时，及时告知医务人员。

应用

静脉注射：

- 1、应根据药物及病情选择适当推注速度。
- 2、注射过程中，应注意患者的用药反应。
- 3、推注刺激性、腐蚀性药物过程中，应注意观察回血情况，确保导管在静脉管腔内。



应用

静脉输液：

- 1、应根据药物及病情调节滴速。
- 2、输液过程中，应定时巡视，观察患者有无输液反应，穿刺部位有无红、肿、热、痛、渗出等表现。
- 3、**输入刺激性、腐蚀性药物过程中，应注意观察回血情况，确保导管在静脉内。**



应用

密闭式输血：

- 1、输血前应了解患者血型、输血史及不良反应史。
- 2、输血前和床旁输血时应**分别双人核对**输血信息，无误后方可输注。
- 3、输血起始速度宜慢，应观察**15min**无不适后再根据患者病情、年龄及输注血液制品的成分调节滴速。
- 4、血液制品不应加热，不应随意加入其他药物。
- 5、全血、成分血和其他血液制品应从血库取出**30min内**输注，1个单位的全血或成分血应在**4h**内输完。
- 6、输血过程中应对患者进行监测。
- 7、输血完毕应记录，空血袋应低温保存**24h**。



解读

1、输血前评估（6.4.4.1）：

- （1）身体状况（生命体征、病情）；
- （2）了解患者血型、妊娠史、传染病史；
- （3）了解患者有无输血史以及输血不良反应史：过敏、发热、溶血等，采取针对性预防措施；
- （4）穿刺静脉及输液管路的评估。



解读

2、三查八对（6.4.4.2）：

三查：血液有效期、血液质量、输血装置是否完好

八对：姓名、床号、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血液种类、血液剂量。



3、起始速度宜慢（6.4.4.3）：

（1）不良反应通常发生在输血开始后的15min内，最初的15min内，输血速度不超过**20滴/min**，观察**15min**；

（2）年老体弱、婴幼儿及有心肺功能障碍者，输血速度宜慢。

解读

4、血液制品不应加热、不应随意加入其他药物（6.4.4.4）：

（1）冷凝集现象病人，输血或大量快速输血时，要使用专用的输血加热装置，把血液适当升温后使用；

（2）禁止微波炉、水浴等加热方式。

解读

5、输血速度（6.4.4.5）：

1个单位的全血或成分血应在4h内输完，血小板的输注时间应在患者能耐受的情况下，尽可能快的输注。



解读

6、输注过程应对患者进行监测（6.4.4.6）输血完毕，空血袋应低温保存24h（6.4.4.7）：

（1）密切监测患者输血全过程：生命体征、血压、皮肤黏膜情况、排尿情况，注意倾听主诉；

（2）记录：输注血制品血型、成分、剂量、输注时间、输注过程患者主诉、是否发生输血反应；

（3）空血袋送回输血科，低温保存**24h**。

静脉导管的维护

1、冲管及封管

- (1) 经PVC输注药物前宜通过输入生理盐水确定导管在静脉内；经PICC、CVC、PORT输注药物前宜通过回抽血液来确定导管在静脉内；
- (2) PICC、CVC、PORT的冲管和封管应使**10ml及以上**注射器或一次性专用冲洗装置；
- (3) 给药前后宜用生理盐水脉冲式冲洗导管，如果遇到阻力或者抽吸无回血，应进一步确定导管的通畅性，不应强行冲洗导管；
- (4) 输液完毕应用导管容积加延长管容积2倍的生理盐水或肝素盐水正压封管；
- (5) 肝素盐水的浓度：PORT可用**100U/ml**，PICC及CVC可用**0-10U/ml**；
- (6) 连接PORT时应使用专用的无损伤针穿刺，持续输液时无损伤针应每**7d**更换一次；
- (7) PORT在治疗间歇期应至少每**4周**维护一次；
- (8) PICC导管在治疗间歇期间应至少**每周**维护一次。

解读

冲管：S（生理盐水）→A（药物输注）→S（生理盐水）

封管：S（生理盐水）→A（药物输注）→S（生理盐水）→H（淡肝素液）

冲管时机：（1）输注药液、乳剂、输血、抽血前后均需冲管；
（2）输液速度减慢、管腔内有回血时可冲管。

冲管频率：（1）连续输液情况下，要每12小时冲管；
（2）住院患者，无补液也需每天冲管；
（3）间歇期间，每7天更换敷贴且冲管。

静脉导管的维护

2、敷料的更换：

- (1) 应**每日**观察穿刺点及周围皮肤的完整性；
- (2) 无菌透明敷料应至少每**7d**更换一次，无菌纱布敷料应至少每**2d**更换一次；若穿刺部位发生渗液、渗血时应及时更换敷料；穿刺部位的敷料发生松动、污染等完整性受损时应立即更换。



静脉导管的维护

输液（血）器及输液附加装置的使用

- 1、输注药品说明书所规定的避光药物时，应使用避光输液器；
- 2、输注脂肪乳剂、化疗药物以及中药制剂时宜使用精密过滤输液器；
- 3、输注的两种不同药物间有配伍禁忌时，在前一种药物输注结束后，应冲洗或更换输液器，并冲洗导管，再接下一种药物继续输注；
- 4、使用输血器时，输血前后应用无菌生理盐水冲洗输血管道；连续输入不同供血者的血液时，应在前一袋血输尽后，用无菌生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注；
- 5、输液附加装置包括三通、延长管、肝素帽、无针接头、过滤器等，应尽可能减少输液附加装置的使用；
- 6、输液附加装置宜选用螺旋接口，常规排气后与输液装置紧密连接；
- 7、经输液接头（或接口）进行输液及推注药液前，应使用消毒剂多方位擦拭各种接头（或接口）的横切面及外围。

解读

1、减少输液附加装置的使用（6.6.5）：

（1）有研究表明，导管的连接装置可导致0.4%的污染机会，增加连接装置，污染概率将成倍增加；

（2）微生物污染导管接头和内腔，可导致导管内细菌繁殖，引起感染。



解读

2、消毒输液接头（6.6.7）：

（1）导管接口是导致导管内微生物定植的一个重要原因，尤其是较长时间的留置导管；

（2）研究表明，导管留置时间超过一周后，由于输液接口导致的相关感染占51%；

（3）消毒导管接口：摩擦接口的横切面及外围大于**15s**。

静脉导管的维护

输液（血）器及输液附加装置的更换

- 1、输液器应每**24h**更换1次，如怀疑被污染或完整性受到破坏时，应立即更换；
- 2、用于输注全血、成分血或生物制剂的输血器宜**4h**更换一次；
- 3、输液附加装置应和输液装置一并更换，在不使用时应保持密闭状态，其中任何一部分的完整性受损时都应及时更换；
- 4、外周静脉留置针附加的肝素帽或无针接头宜随外周静脉留置针一起更换；PICC、CVC、PORT附加的肝素帽或无针接头应至少每**7d**更换1次；

肝素帽或无针接头内有血液残留、完整性受损或取下后，应立即更换。

静脉导管的维护

导管的拔除

- 1、外周静脉留置针应**72—96h**更换一次；
- 2、应监测静脉导管穿刺部位，并根据患者病情、导管类型、留置时间、并发症等因素评估，尽早拔除；
- 3、PICC留置时间不宜超过**1年**或遵照产品使用说明书；
- 4、静脉导管拔除后应检查导管的完整性，PICC、CVC、PORT还应保持穿刺点24h密闭。

3

静脉治疗相关并发症处理原则

静脉炎

- (1) 应拔除PVC，可暂时保留PICC；及时通知医师，给予对症处理；
- (2) 将患肢抬高、制动，避免受压；必要时，应停止在患肢静脉输液；
- (3) 应观察局部及全身情况的变化并记录。



药物渗出与药物外渗

药物渗出：静脉输液过程中，**非腐蚀性**药液进入静脉管腔以外的周围组织。

药物外渗：静脉输液过程中，**腐蚀性**药液进入静脉管腔以外的周围组织。

药物渗出与药物外渗

“

药物渗出



“

药物外渗



药物渗出与药物外渗

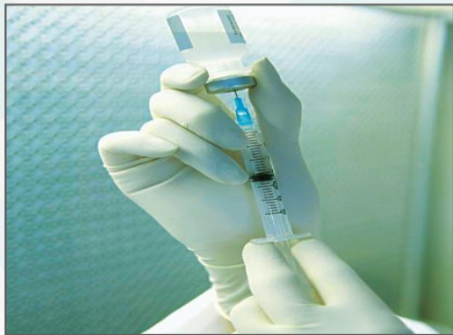
“

药物外溢

在药物配制及使用过程中，
药物意外溢出暴露于环境中，
如皮肤表面、台面、地面等

“

药物外溢



药物渗出与药物外渗

- (1) 应立即停止在原部位输液，抬高患肢，及时通知医师，给予对症处理；
- (2) 观察渗出或外渗区域的皮肤颜色、温度、感觉等变化及关节活动和患肢远端血运情况并记录。

导管相关性静脉血栓形成

- (1) 可疑导管相关性静脉血栓形成时，应抬高患肢并制动，不应热敷、按摩、压迫、立即通知医师对症处理并记录；
- (2) 应观察置管侧肢体、肩部、颈部及胸部肿胀、疼痛、皮肤温度及颜色、出血倾向及功能活动情况。

导管堵塞

- (1) 静脉导管堵塞时，应分析堵塞原因，不应强行推注生理盐水；
- (2) 确认导管堵塞时，PVC应立即拔除，PICC、CVC、PORT应遵医嘱及时外理并记录。

导管相关性血流感染

可疑导管相关性血流感染时，应立即停止输液，拔除PVC，暂时保留PICC、CVC、PORT，遵医嘱给予抽取血培养等处理并记录。

输液反应

- (1) 发生输液反应时，应停止输液，更换药液及输液器，通知医师，给予对症处理，并保留原有药液及输液器；
- (2) 应密切观察病情变化并记录。



输血反应

- (1) 发生输血反应立即减慢或停止输血，更换输血器，用生理盐维持静脉通畅，通知医生给予对症处理，保留余血及输血器，并上报输血科；
- (2) 应密切观察病情变化并记录。



4

职业防护

针刺伤防护

(1) 提高防护意识，养成安全的习惯。

(2) 实施标准预防：

①可能接触病人血液、体液时，必须戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒；

②可能发生血液、体液飞溅到医务人员面部时，医务人员应戴手套和具有防渗透性能的口罩、防腐眼镜；



针刺伤防护

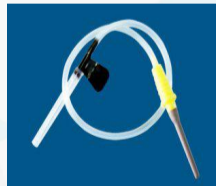
- ③可能发生血液体液大面积飞溅或有可能污染医务人员身体时，应当穿具有防渗透性能的隔离衣；
- ④医务人员手部皮肤发生破损，在进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套；
- ⑤使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒。

针刺伤防护

(3) 安全处置针头

(4) 使用安全用具并按规程进行操作，对用后的利器进行安全处理，包括：

- ①减少使用针头，可使用螺旋接头；
- ②使用安全针头，使用真空试管收集血标本；
- ③使用利器回收盒。



针刺伤防护

(5) 针刺伤后的处理

局部处理：

- ①用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，粘膜用生理盐水冲洗；
- ②捏住伤口近心端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用皂液和流动水进行冲洗，禁止进行伤口的局部挤压；
- ③受伤部位的伤口冲洗后，应当用酒精或含碘消毒液进行消毒，并包扎伤口。

针刺伤防护

(5) 针刺伤后的处理

全身用药:

- ①污染利器伤后HBV易感者应尽快注射乙肝免疫球蛋白，并在24h内注射乙肝疫苗，1个月、6个月后各加强注射；
- ②HCV污染的利器损伤后，应尽快注射免疫球蛋白，有一定的预防作用。

抗肿瘤药物防护

- (1) 配制抗肿瘤药物的区域应为相对独立的空间，宜在Ⅱ级或Ⅲ级垂直层流生物安全柜内配制。
- (2) 使用抗肿瘤药物的环境中可配备溢出包，内含防水隔离衣、一次性口罩、乳胶手套、面罩、护目镜、鞋套、吸水垫及垃圾袋等。
- (3) 配药时操作者应戴双层手套（内层为PVC手套，外层为乳胶手套）、一次性口罩；宜穿防水、无絮状物材料制成、前部完全封闭的隔离衣；可佩戴护目镜；配药操作台面应垫以防渗透吸水垫，污染或操作结束时应及时更换。

抗肿瘤药物防护

- (4) 给药时，操作者宜戴双层手套和一次性口罩；静脉给药时宜采用全封闭式输注系统。
- (5) 所有抗肿瘤药物污染物品应丢弃在有毒性药物标识的容器中。



抗肿瘤药物防护

(6) 抗肿瘤药物外溢时按以下步骤进行处理：

- ①操作者应穿戴个人防护用品；
- ②应立即标明污染范围，粉剂药物外溢应使用湿纱布垫擦拭，水剂药物外溅应使用吸水纱布垫吸附，污染表面应使用清水清洗；
- ③如药液不慎溅在皮肤或眼睛内，应立即用清水反复冲洗；
- ④记录外溢药物名称、时间、溢出量、处理过程以及受污染的人员。

5

相关案例

相关案例

某医院一名护士为一位69岁的患者接通留置于患者右腿部的静脉滴注通路，输液按计划进行。到凌晨1点10分，护士发现患者呼吸、心跳停止，究其原因发现输液管与静脉留置管分离、脱节，大量血液从静脉留置管流出，医护人员立即将患者移住ICU，但患者终因失血过多死亡。

未观察患者输液反应

相关案例

某医院来一急诊病人，医生匆忙开好医嘱后上手术室做手术，至中午，该病人输液完毕，一位低年资的护士检查输液卡发现无液体后前去拔针，恰好被一高年资护士看见，明白该病人是禁食病人，不可能输液完毕，当即阻止拔针，并马上翻阅病历，发现是医生开的液体量过少，及时通知医生，补开了医嘱，避免了该病人因补液量不足而导致脱水现象的发生。

经验缺乏、机械执行医嘱

The background of the top half of the slide is a blue-tinted photograph of a desk. On the desk, there is a closed notebook, a pair of glasses, and a pen. The text '护理分级' is centered within a white rectangular border.

护理分级

护理部

范围

本标准规定了医院住院患者护理分级的方法、依据和实施要求。
本标准适用于各级综合医院。其他类别医疗机构参照执行。

2013-11-14发布

2014-05-01实施

术语和定义

护理分级：患者在住院期间，医护人员根据患者病情和（或）自理能力进行评定而确定的护理级别。

自理能力：在生活中个体照料自己的行为能力。

日常生活活动：人们为了维持生存及适应生存环境而每天反复进行的、最基本的、具有共性的活动。

Barthel指数：对患者日常生活活动的功能状态进行测量，个体得分取决于对一系列独立行为的测量，总分范围在0-100。

护理分级

依据患者病情和自理能力分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

分级方法

- (1) 患者入院后应根据患者病情严重程度确定病情等级
- (2) 根据患者Barthel指数总分，确定自理能力的等级
- (3) 依据病情等级和（或）自理能力等级，确定患者护理分级
- (4) 临床医护人员应根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

护理分级

分级依据：

符合以下情况之一，可确定为**特级护理**：

- (1) 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- (2) 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
- (3) 各种复杂大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

护理分级

分级依据:

符合以下情况之一，可确定为**一级护理**：

- (1) 病情趋向稳定的重症患者；
- (2) 病情不稳定或随时可有发生变化的患者；
- (3) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- (4) 自理能力重度依赖的患者。

护理分级

分级依据：

符合以下情况之一，可确定为**二级护理**：

- (1) 病情趋于稳定中未明确诊断前，仍需观察且自理能力轻度依赖的患者；
- (2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
- (3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为**三级护理**。

自理能力分级

分级依据

采用Barthel指数评定量表对日常生活活动进行评定，根据Barthel指数总分，确定自理能力等级。

分级

对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯10个项目进行评定，将各项得分相加即为总分，根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级。

自理能力分级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 ≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分41-60分	大部分需要他人照护
轻度依赖	总分60-99分	少部分需要他人照护
无需依赖	总分100分	无需他人照护

临床护士应根据患者的护理分级和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务；应根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。

自理能力分级

表A.1Barthel指数（BI）评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	—
2	洗澡	5	0	—	—
3	修饰	5	0	—	—
4	穿衣	10	5	0	—
5	控制大便	10	5	0	—
6	控制小便	10	5	0	—
7	如厕	10	5	0	—
8	床椅移动	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	—

Barthel指数：_____分

注：根据患者实际情况，在每个项目相应的得分上√

Barthel指数评定细则

进食

用合适的餐具将食物由容器送到口中，包括用筷子（勺子或叉子）取食物、对碗（碟）的把持、咀嚼、吞咽等过程。



Barthel指数评定细则

洗澡

准备好洗澡水后，可自己独立
完成洗澡过程

5分

0分

在洗澡过程中需他人帮助

Barthel指数评定细则

修饰

包括洗脸、刷牙、刮脸等。

可自己独立完成

5分

0分

需他人帮助

Barthel指数评定细则

穿衣

包括穿（脱）衣服、系扣子、拉拉链、穿（脱）鞋袜、系鞋带等。

需部分帮助



可独立完成

需极大帮助或完全
依赖他人

Barthel指数评定细则

控制大便

偶尔失控或需他人提示

10分

5分

0分

可控制大便

完全失控

Barthel指数评定细则

控制小便



Barthel指数评定细则

如厕

包括去厕所、解开衣裳、擦净、整理衣裤、冲水等过程。



Barthel指数评定细则

床椅转移



Barthel指数评定细则

平地行走

需部分帮助

完全依赖他人



可独立在平地上行走
45米

需极大帮助

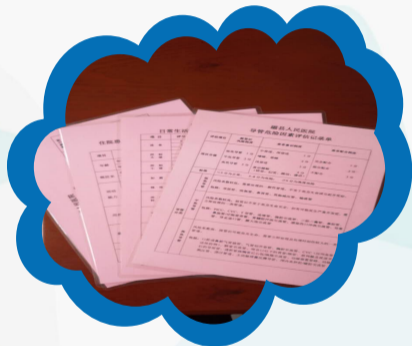
Barthel指数评定细则

上下楼梯



评估要求

- 1、新入院或转入病人评估一次，记录在入院评估单上。若入院时评分 >60 分，则不需要继续评估。
- 2、评估 <60 ，每周评估一次，记录在ADL记录单上。
- 3、手术、特殊治疗、特殊用药后，评估一次，记录在ADL记录单上或重症护理记录单上。
- 4、所有病人病情变化时随时评估。





谢

谢

观

看



