新生儿科护理风险以及防范措施

第一篇：新生儿科护理风险以及防范措施

新生儿科护理风险以及防范措施

摘要: 从感染、损伤、胃食管反流、护理记录不周、交接班不完善等方面分析新生儿科病房存在的护理风险, 提出相应的防范措施。

关键词: 新生儿;护理风险;防范措施

新生儿科是一个高风险学科，且无家属陪护，患儿从入院到出院的整个过程所有操作均由护理人员进行，但在护理工作每个环节都潜伏风险。现分析新生儿科病房存在的护理风险，提出相应防范措施。护理风险

1.1 感染 新生儿科危重病人多，加上新生儿自身免疫力低下，早产儿气管插管、反复吸痰、建立静脉通道等增加了皮肤黏膜损伤的机会。病房结构和设置不合理、通风不良、消毒不到位、床位之间距离较小、不同疾病患儿混住造成易感人群的高度密集。另外医务人员的手在传播病原体上起着重要的作用。医疗用品消毒不严，各种医疗器械，如暖箱、光疗箱、喉镜、奶具、衣物消毒不严, 造成获得性感染的发生。

1.2 损伤 由于早产儿皮肤薄嫩, 易发生皮肤压伤性红臀。输液时高浓度液体对血管及周围组织有一定的刺激以及外渗致使局部皮肤坏死。洗胃、洗肠、洗澡时水温过高引起烫伤、使用热水袋烫伤、坠床等各类损伤及意外。足月儿指甲过长自行抓伤,蓝光照射时眼罩脱落。吸氧不当造成的失明、氧中毒、肺不张呼吸抑制，因称重、沐浴、摄片、吸痰等使患儿脱离氧环境导致难以逆转的低氧，严重可引起脑损害。辐射床应用不规范引起烫伤或复温效果不佳。

1.3 胃食管反流 新生儿胃食管反流主要症状是呕吐，但是大部分患儿(特别是早产儿)可无临床呕吐症状，表现为反射性呼吸暂停、心动过缓, 甚至猝死, 临床上对这种/ 寂静型 0 的潜在危险性应给予高度重视。

1.4 护理记录不周 护理记录不及时、漏记、记错、用词不严谨。

1.5 交接班不完善 交接内容不全, 重点不明确。

1.6 其他 调换床位、输错液体、新生儿被偷窃。新生儿肢体小、

外貌特征非常相似、手条及脚条及易脱落，在晨起沐浴、外出检查、入出院时调错婴儿，入院时写错手条，出院时抱错婴儿等。防范对策

2.1 增强患儿的抵抗力，实行保护性隔离 做好病区的清洁卫生工作，做好空气、物体表面的消毒与监测，具备良好的通风、采光条件，确保各项生物学指标符合要求。工作人员必做好新生儿室的物品管理，床单布类天天更换，奶具每次使用后及时清洗、高压消毒，患儿的用物要求一人一用并要求经过消毒后使用，尤其应留意对暖箱、蓝光箱、呼吸气囊、呼吸机管路等的消毒，每周更换暖箱 1 次，使用后终末消毒。各种穿刺、置管、吸痰应遵守无菌原则。医务人员应自觉执行消毒隔离制度，凡是进入新生儿室的人员一律要洗手、更衣、换鞋、戴口罩和帽子，工作人员应定期健康体检，必须无传染、感染性疾病。严格执行探视制度，非本室工作人员不得随意进入。配备足够的手消毒设施,以提高医护人员洗手的依从性。

2.2 新生儿意外损伤的防范 静脉外渗：输液时加强巡视,静脉注射部位尽量选择在四肢 ，尽量选择使用留置较长的导管,避免反复穿刺造成损伤或感染，要求护士严格无菌操作。若外渗应停止输液，拔掉留置针，局部用 50% 硫酸镁纱布湿敷。各种仪器探头应定时更换部位，避免局部受压过久。新生儿置远红外线抢救台，应密切监测体温变化，避免烫伤。保持皮肤清洁卫生，特别留意耳后、皮肤皱褶处及臀部的清洁卫生。勤换尿布，对已发生尿布性皮炎的患儿，应暴露出臀部，保持干燥，局部可涂红臀软膏。在照蓝光前套好小手套，以防婴儿指甲抓破皮肤，眼睛用黑眼罩遮挡，并妥善固定。确保眼罩不会脱落，完全遮住眼睛，又不会堵住鼻孔。睾丸受损尽可能选用小号一次性尿裤遮盖会阴部防止睾丸受损，但也要注意充分暴露皮肤，以免影响光疗效果。

2.3 勤巡视，勤观察 胃食管反流出现以喂奶后 1 h 居多，也可发生于睡眠仰卧位及空腹。体位疗法：可用 30b 倾斜的床上俯卧位或 50 b 仰卧。密切观察患儿面色、呼吸、心率变化，及早发现呼吸暂停，必要时予心电、氧饱和度监护，床旁备好吸引器、氧源和复苏囊。一旦发生呼吸暂停，立即取头低侧卧、拍背刺激后在大流量氧气冲吸口鼻下，迅速用吸引器吸净呕吐物和分泌物，同时予持续氧饱和度监测，吸引后无

好转则予复苏囊加压呼吸，必要时配合胸外心脏按压或行气管插管。吸引时动作要轻快，以免刺激迷走神经再次诱发恶心呕吐。胃食管反流早期暂时禁食外，根据病情及早采取合适的喂养方法，进行耐心细致的喂养。不适宜奶瓶喂养的早产儿和重症患儿可采用经口胃管或经口十二指肠管喂养。

2.4 护理记录要真实及时完整 护理书写应实事求是地反映新生儿情况，防止忙于各种常规治疗,使关键内容漏记。还有为了病历记录完整,将没有观察到的内容做了记录,记录的不完整、护理记录缺乏完整性、部分记录缺失，尤其是关键的护理行为未做记录,很可能被认为护理过失。记录要有连续性。护理记录的主要内容包括患儿病情、护理措施和效果,但是护理记录中常发生有病情变化的记录而没有处理措施的记录。护士必须遵守科学性、真实性、及时性、完整性，与医疗记录同步性为原则，遵照医嘱、护理常规认真及时、客观正确地在规定时间内做好各项记录，禁止错记、漏记、涂改及主观臆造、随意更改等。

2.5 交接班程序标准化规范化 明确各班的责任，避免工作中的遗漏，可有效防止护理差错事故的发生，从而保证了护理工作的连续性、安全性和有效性。因新生儿没有表达能力，护士既是患儿的监护人，又是其治疗护理的实施者，任何一个疏忽都可能导致护理缺陷及医疗纠纷的发生。在新生儿床旁交接尤为重要，每天晨晚交接班时逐步对每个新生儿开包进行全身检查，有无脱落，信息是否准确，交班的内容全面，包括病情、治疗、特殊检查及特殊药物的治疗等及仪器的使用情况。

2.6 其他 给新生儿护理、洗澡、换衣服时严格查对手表带、以防抱错新生儿。患儿入院时检查手条并与家属认真核对姓名与性别，办理入院手续后，主班护士根据电脑制作手条及脚条，系手条时与患儿再核对。住院期间保证新生儿手条完整。外出检查前后核对床头卡及手条是否一致，浴前检查手条有无丢失，沐浴应有秩序进行，沐浴后认真核对手条，确认无误后方可放回床位。沐浴结束后，由第二人再次核对手条及床头卡。出院由 2 名护士一起检查全身并再次核对后交家属检查。严格探视制度，严禁外人人内，防止新生儿丢失。护理风险识别是对潜在的和客观存在的各种护理风险进行连续系统地识别归类，并分析产生

护理风险的原因和过程。护士必须有高度的责任心及认真的工作态度、敏锐的观察力、熟练的专科技能，将护理职业的责任心贯穿于护理工作的每一个环节，提高自身素质和业务水平，提高分析问题、解决问题的能力。

第二篇：儿科病房护理安全隐患及防范措施

儿科病房护理安全隐患及防范措施

来源：创新医学网

作者：王延荣

作者单位：内蒙古锡林郭勒盟医院儿科,026000

【摘要】目的 探讨儿科病房护理安全隐患及防范措施。方法 分析儿科病房护理工作中不安全因素，采取相应防范措施。结果 提高了护理人员的安全防范意识及护理业务水平。结论 通过对儿科护理安全隐患分析，做好安全管理工作，消除不安全因素，提高了护理质量，为患儿创造了一个安全、舒适的治疗、修养环境，改善了护患关系，减少了护患纠纷。

【关键词】儿科,护理,安全隐患,防范措施

护理安全是医院医疗安全的一个重要 组成部分，它是指护理人员在实施护理的安全过程中，患者不发生法律和法规规章制度允许范围以外的心理、机体结构或功能的损害、障碍、缺陷或死亡。[1]随着社会发展，人们对护理质量要求增高，尤其儿科病房，由于其特殊性，使其成为一个高风险科室，因此分析影响护理安全因素，采取防范措施，防患于未然十分必要。护理安全隐患

1.1 管理因素

质量管理是护理安全的核心，管理制度不健全，不认真执行护理“交接班制度、分级护理制度、医嘱查对制度”，对护士缺乏职业道德和法律意识意识教育，科室考核力度不够，护士长管理不到位，不能充分利用护理资源。

1.2 护理人员因素

护士主动服务意识差，近年来低年资护士增多，专业理论水平及护理操作技术差，安全意识不强，工作中缺乏“慎独”精神，对儿科

用药特点掌握不全面，主动巡视差，观察病情不仔细，护理记录书写不规范。

1.3 护患沟通因素

儿科面对的病人大多无表达能力或表达能力差，加之陪护多，护士缺乏与患儿及家长主动有效沟通，甚至有时对家长的提问，表现不耐烦，回答问题语气生硬，做各项治疗、护理未履行告知义务，出现护患纠纷。

1.4 家庭因素

一方面患儿绝大多数是独生之女，家长对他们平时过于溺爱，小儿患病家长常有内疚、焦虑的心理，住院后认为自己是上帝，护士就应当伺候他们，对护士的要求值高，要求静脉

穿刺“一针见血”，用药后病情很快好转，花费低，住院时间短;另一方面陪护及探视人员多，难于管理，易造成患儿院内感染，家长出现不满情绪，护理工作稍有疏忽就会招到家长训斥、谩骂，发生护理纠纷。防范措施

2.1 管理方面

2.1.1 建立健全各项规章制度，组织学习《护士条例》、《医疗事故处理条例》及相关法律、法规，提高护士的法律意识做到有法可依，懂法、守法;组织学习《医务人员医德规范》培养高尚医德，认真执行疾病护理常规及护理操作规程。

2.1.2 科内建立质控小组，护士长担任组长，制定工作职责、计划、考核目标，检查科内护理安全隐患，进行分析，制定防范措施，并督促落实。

2.1.3 护士长对急救物品、药物应做好“五定”管理，充分利用护理资源，做好弹性排班，保证病人多时护士多，及时准确完成各项治疗、护理工作。

2.2 护理人员方面

2.2.1 更新护理理念，提高服务意识，加强护理人员思想教育，培养其“慎独”精神，严格履行岗位职责，根据护士年资不同制定相应的培训计划，内容包括:专科疾病护理知识、护理技术操作、儿科用药

等，通过培训使护士理论知识掌握全面;专科技术水平提高，熟练掌握儿科抢救知识和抢救技术，与医生配合密切。

2.2.2 严格执行“交接班制度、分级护理制度、医嘱查对制度”，对病人做到“八掌握”，主动巡视病房，观察病情仔细，规范书写护理记录。

2.3 护患沟通方面

2.3.1 护士面对的不仅是病人，更重要的要面对家属，首先提出先服务家属在服务病人。[2]儿科病人陪护多，家长频繁更换，这就对护士提出更高要求，要善于与家长沟通，学会换位思考，理解家长的心情，对所提问题以真诚的态度，采用通俗易懂的语言给予耐心解释，认真履行告知义务。

2.3.2 护士和蔼友好的微笑，亲切轻柔的抚摸，都能给患儿带来心灵上的慰籍，使患儿感到安全与舒适。[3]对患儿应给予关心爱护、抚摸、微笑，经常给予他们激励性的语言，让他们配合治疗和护理。

2.4 家庭方面

患儿入院护士应热情接待，安排床位，查看患儿病情，通知医生并遵医嘱完成治疗和护理，介绍医院住院须知，针对一些家长缺乏疾病知识，没有安全感，采取不同的健康指导，如:疾病知识、检查的目的、饮食指导、如何护理患儿、如何配合护士的治疗及护理、安全

防护知识等，使家长消除不安心理建立信任感，积极配合护士的工作。结论

儿科护士要做好护理安全的防范工作，首先要提高护理质量，认真执行各项规章制度、护理常规和操作规程，不断学习新知识、新技术，提高自己的专业理论水平和操作水平，加强护患沟通，建立和谐的护患关系，树立以“病人为中心”的服务理念，关心爱护患儿。其次，要加强病房管理，把病人放在第一位，为患儿提供一个舒适、温馨、安全的治疗、修养环境，做到病人及家长满意。

【参考文献】

[1] 尹慧贞.临床护理安全的相关分析及管理对策.中国实用医药,2007 年第 3 期.[2] 邵雪英.儿科病房护理管理的分析及效果,医学与

护理杂志,2008 年第 11 期.[3] 崔焱.儿科护理学,人民卫生出版社,第三

第三篇：护理风险防范措施

护理风险防范措施

1．对全体护理人员进行质量意识、护理缺陷安全教育，树立以人为本的服务理念，全心全意为患者服务。

2．认真执行有关的规章制度和操作规程，不断更新专业知识，提高专业技术水平。

3．进行各项护理操作均需履行告知程序。对新技术、新业务、自费项目、创伤性操作等，需履行签字手续。

4．遵守劳动纪律，坚守工作岗位，加强医、护、患沟通。

5．按护理级别要求巡视患者，认真观察病情变化，及时规范准确的书写护理记录，抢救病人结束后 6 小时内据实补记。

6．进行各项技术操作时，要严格执行操作规程和“三查七对”制度。7．进行无菌技术操作时，严格执行无菌技术原则。

8．加强病房药品管理制度，确保患者用药安全，严格执行药疗原则，注意药物配伍禁忌，观察药物不良反应。

9．抢救药品、物品、设备要做到“四定”，定期检查，保证处于良好备用状态。护理人员要熟练掌握抢救仪器的使用方法和注意事项。

10．按规定认真交接班，对危重患者、新人院、年老体弱、小儿、手术、特殊检查及突然发生病情变化等的患者，要床头交接班。

11．按医院规定使用一次性医疗物品，并定期检查，防止过期、包装破损、潮湿、污染等现象发生。

12．按规定处理医疗垃圾，防止再次污染及交叉感染。13．住院期间要保证患者安全，防止一切意外发生。

14．对专科开展的新技术、新项目应及时制定护理常规，并使护理人员能够遵照执行。15．当出现护理差错或护理投诉时，要按规定及时上报，不得隐瞒，并及时封存好病历。

预防患者跌倒/坠床的护理措施

①当患者入院后应及时对患者做出评估　评估有无医学上相关因素。如有医学上相关的危险因素时　应进行有关预防跌倒的评估。②

给予相应的护理措施 a、一览表与床头挂“预防跌倒”与“预防坠床”的警示标识。b、病历上有记录　提示患者有跌倒的危险性。c、每班评估患者的认知、感觉及活动能力。d、向患者交代如需要协助　可使用呼叫仪求助　确保患者可以随手触到呼叫器。e、病床高度要适中　床、椅的轮子要固定　床两边要加床栏。r、增添必要的设备　使用坐式马桶　在楼梯、浴室等处装置扶手　并将扶手调整至适当的高度。g、将环境中的危险源移除　室内家具的摆设定位放置　尽量设置无障碍空间　需要用的物品尽量放置在手能拿及位置。h、指导患者选择适当的鞋子　购买合脚的鞋子或拖鞋　鞋底要粗糙、防滑　且鞋内不要垫太厚的鞋垫　以免影响脚底感觉。i、给予跌倒高危患者安全的辅助器材　如拐杖、助步器及轮椅等　并将其放置于靠床边。j、楼梯的收边处须有止滑条处理　浴室、洗手间地面应保持干燥　地板应有止滑设备　如防滑砖、具吸水及底面有防滑功能的垫子。k、指导老年人如何在跌倒后爬起　老年人跌倒勿用手撑　避免手腕骨折　一旦查觉疼痛　就应该找医师做详细检查。l、协助生活护理及移动协助。m、让家属陪护患者并交代有关注意事项。

预防压疮防范措施

1、对患者发生压疮的危险因素进行评估

2、压疮的预防：患者住院期间积极消除诱发因素，护士工作中做到“六勤”:勤观察、勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤整理、勤更换。每班切实落实防范措施,并对皮肤情况严格交接班。(1)避免局部组织长期受压:①有褥疮危险的患者建立翻身卡,定时翻身；②保护骨隆突出和支持身体空隙处;③正确使用石膏、绷带及夹板固定。(2)避免摩擦力和剪切力的作用。(3)避免局部潮湿等不良刺激。(4)促进局部血液循环: ①对长期卧床患者，每日进行全范围关节运动，维持关节的活动性和肌肉紧张，促进肢体血液循环，减少压疮的发生；②经常检查、按摩受压部位,定期为患者温水擦浴、全身按摩。(5)改善机体营养状况，在病情允许情况下，给予高蛋白、高维生素饮食,以增强机体抵抗力和组织修复能力。不能进食的患者，就考虑由静脉补充。(6)健康教育

:向患者及家属介绍压疮发生、发展及预防、治疗护理的一般知识。

3、建立申报制度：入院时已发生压疮或估计压疮难以避免时,填写“压疮发生”登记表或“难免压疮”申报表。报护士长，护士长审核后上报护理部。

管路滑脱的防范措施

1、管路滑脱主要是指胃管、尿管、引流管、气管插管、气管切开、中心静脉导管和经外周置入中心静脉导管（ PICC 导管）等管路的脱落。、2、置管后，在管外有标识，注明管道名称、置管时间。各种引流管应妥善固定，防止脱落。各班应床头交接管道的位置及通畅情况，经常巡视，防止管道脱出。

3、告之患者及家属保持管道的功能位置，避免导管受压、扭曲，翻身时注意勿牵拉。

4、患者躁动时，应有专人看护或进行肢体约束，以免患者自行拔出。

5、对外出检查或下床活动的患者，应认真检查导管接口处是否衔接牢固；进行各种护理操作时，注意避免牵拉。

7、护理人员应认真评估患者意识状态及合作程度，确定患者是否存在管路滑脱的危险。

8、对存在管路滑脱危险的患者，应告知本人及家属，使其充分了解预防管路滑脱的重要性，取得配合。

9、制定防范措施，必要时在家属同意情况下采取适当的约束，并做好交接班。出现异常情况及时通知医生，并协助处理。

10、一旦发生管道滑脱，应立即启动管道滑脱应急预案。

11、护士长要组织科室护理人员认真讨论，分析原因，并整改；提高警惕，不断改进工作，保证护理安全。

用药错误的预防措施

1、护士必须严格根据医嘱给药，不得擅自更改。

2、了解患者病情及治疗目的，熟悉各种常用药物的性能、用法、用量及副作用，向患者进行药物知识的介绍。

3、严格执行“三查八对”制度。

4、用药时要检查药物有效期及有无变质。静脉输液时要检查瓶盖

有无松动、瓶体有无裂缝、液体有无沉淀及絮状物等。多种药物联合应用时，要注意配伍禁忌。

5、给药前要询问患者有无药物过敏史（需要时做过敏试验）并向患者解释以取得合作。用药后有不良反应要及时报告医师。

6、安全正确用药，合理掌握给药时间、方法，药物要做到现配现用。

7、如发现给药错误，护士应及时报告（主管医生及护士长）、处理，积极采取补救措施，并向患者或家属做好解释工作；按流程逐级上报。

腕带标识管理有关规定

腕带标识管理旨在有效帮助医务人员确认急诊抢救、手术、转科、昏迷、神志不清、无自主能力等重症病人及沟通有障碍病人的正确身份,提高识别准确度,降低因识别错误造成各类不良事件的发生率。根据医院标识相关规定,护理部下发《腕带标识管理有关规定》。

一、“腕带”使用目的 帮助医务人员确认住院病人及急诊观察病人的正确身份，提高识别准确度。

二、“腕带”使用对象

1　全院所有住院病人。

2　急诊科抢救室及急诊留观的病人。

三、“腕带”使用规定

1　颜色：使用的“腕带”有两种颜色：蓝色和粉色。其中蓝色用于男性病人，粉色用于女性病人。　包括新生儿

2　“腕带”信息内容包括：科室、床号、住院号　门诊自费病人用就诊卡号，参保病人用医保卡号　、姓名、年龄、血型、过敏史等。护理人员应用蓝色圆珠笔按要求　逐项清晰填写各项内容。

3　病人从急诊室入院或转科，接收科室应及时完善“腕带”上的信息，必要时更换。

4　“腕带”佩带部位：腕带常规佩戴在病人右腕。如病人右腕无法佩戴时，按右腕—右脚踝—左腕—左脚踝的顺序依次佩戴。“腕带”佩戴时注意字体方向，便于查对。

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/775120320010011111