

## <<日常护理评估工具>>

### 图书基本信息

书名：<<日常护理评估工具>>

13位ISBN编号：9787308100311

10位ISBN编号：7308100316

出版时间：2012-7

出版单位：浙江大学出版社

作者：王惠琴，金静芬 主编

页数：84

字数：39000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<日常护理评估工具>>

### 内容概要

本书总结、归纳了格拉斯哥昏迷评分标准、昏迷程度分级、估计急性失血量的4项指标、常用微泵药物用量计算、烧伤面积估算、疼痛数字评分法等内容，方便护理人员在日常护理工作中查阅使用。

一、实用性：本书归纳总结了护理人员在日常护理工作中使用率高、量大、繁杂且容易混淆的数据，以减轻护士的记忆负担，帮助其准确运用此类数据；二、简易性：本书最大的特点就是图表式的结构，清晰明了，在日常护理工作中，不管护理人员身处何种场合，有无太多时间，只要看一眼，就能掌握准确数据，诊断无误，处理得当。

三、便携性：本书做成一本小册子，轻巧，便于携带，方便临床护士在护理过程中第一时间对患者的病情进行准确的评估，减少临床护士用“记忆”、“大概”评估，减少出错，保证患者的安全。

## <<日常护理评估工具>>

### 书籍目录

#### 一、常用护理风险评估

1. 巴塞尔指数 (Barthel, BI) 评定量表
2. 自理能力分级及得分范围
3. Barthel指数评定量表细则
4. 坠床跌倒危险因素评分
5. 坠床跌倒伤害程度分类
6. Braden评分简表
7. Braden压疮危险预测表 (详表)
8. 2007美国压疮顾问小组 (NPUAP) 压疮的分期及表现
9. 压疮的预防及护理措施
10. 早期预警评分

#### 二、创伤评估

1. CRAHS创伤评分法
2. 修正创伤计分 (RTS)
3. 烧伤面积估算 (新九分法)
4. 烧伤深度 (四度五分法)
5. 烧伤严重性分度

#### 三、神经系统与心血管系统评估

1. 格拉斯哥 (GCS) 昏迷评分标准
2. 昏迷程度分级
3. 重症监护谵妄筛选工作表
4. 肌张力评定分级
5. 肌力分级标准 (6级法)
6. 血压 (BP) 与中心静脉压 (CVP) 监测意义
7. 估计急性失血量的4项指标
8. 心功能不全分级
9. 心电信号 (ECG) 的心率 (HR) 计算

#### 四、镇静与镇痛评估

1. Richmond躁动-镇静量表RASS评分表
2. Ramsay镇静深度评分
3. OAAS镇静评分表
4. 镇痛患者镇静评分
5. 疼痛数字评分法
6. 疼痛视觉模拟评分法
7. 面部表情分级评分法

#### 五、静脉输液与采血

1. 静脉炎分级标准——美国静脉输液护理学会 (INS) 2011版
2. 液体渗出和外渗
3. 药液渗出临床表现与分级
4. 补液公式计算
5. 度、度烧伤补液量
6. 输血三查八对
7. 常用微泵药物用量计算
8. BD真空采血管操作指南 (蝶翼针)

#### 六、常用实验室检验

## <<日常护理评估工具>>

1. 常见血化验指标及其正常值
  2. 危急值范围
  3. 临床常见类型乙肝三系五项指标结果的意义
  4. 不同酸碱失衡类型的血气改变
  5. I、II型呼吸衰竭分类
- 七、其他
1. 发热的分度
  2. 急性生理及慢性健康状况评分系统 ( APACHE II )
  3. 食物的水分和热卡估算

## <<日常护理评估工具>>

### 章节摘录

版权页：插图：3.重症监护谵妄筛选工作表（1）意识水平改变（从A到E选择一项）注意：如果患者近期接受过镇静治疗可能需要重新评价。

A.对正常刺激产生过激反应。

RASS评分=1, 2, 3或4时, 评分为1分。

B.正常的清醒状态。

RASS评分=0时, 评分为0分。

C.对轻微或中等的刺激产生反应（遵循指令）。

RASS评分=-1, -2或-3时, 评分为1分；如果意识水平（LOC）与最近的镇静/止痛治疗相关时, 评分为0分。

D.只对强烈的和反复的刺激产生反应（例如高声呼唤和疼痛刺激）。

RASS评分=-4时停止评价。

E.无反应。

RASS评分=-5时, 停止评分。

（2）注意力不集中。

有以下异常情况时。

评分为1分。

A.执行命令困难：B.外部的刺激容易造成分心：C.转移注意力困难，比如，患者的眼睛是否跟随你的指令走？

（3）定向力障碍。

以下任何一点有明显的异常时，评分为1分。

时间、地点或者人物发生错误。

比如，患者是否认识照顾她/他的ICU工作人员？

现在在哪里？

等等。

（4）幻觉或错觉。

有以下情况之一者，评分为1分。

A.有幻觉或者幻觉引起的行为的可疑证据。

B.现实测验显示有错觉或者总体损害的。

现在或者过去24 h是否有幻觉？

是否害怕周围的人或事物？

（害怕是一种对临床处境不恰当的反应。

）（5）精神运动性激越或迟缓。

有以下情况之一者。

评分为1分。

A.需要使用镇静剂或者抑制剂来控制过度兴奋以避免潜在的危险。

B.活动减退或者需要引起临床注意的精神运动性缓慢或迟缓。

（6）不恰当的言语或情绪。

有以下情况之一者，评分为1分。

## <<日常护理评估工具>>

### 编辑推荐

《日常护理评估工具》立足于临床护理实践，将护理过程中常用的一些评估量表进行汇总，具有实用性和可操作性。

共分为7个章节，内容包括常用护理风险评估、创伤评估、神经系统与心血管系统评估、镇静与镇痛评估、静脉输液与采血、常用实验室检查及其他等。

<<日常护理评估工具>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>