|  |  |
| --- | --- |
| ICS |  |
| CCS | 点击此处添加CCS号 |

|  |
| --- |
| 61 |

陕西省地方标准

DB 61/T XXXX—2024

临床管路管理规范

Specificaton of clinical pipeline management

2024 - XX - XX发布

2024 - XX - XX实施

陕西省市场监督管理局  发布

目次

[前言 II](#_Toc202263619)

[1 范围 1](#_Toc202263620)

[2 规范性引用文件 1](#_Toc202263621)

[3 术语和定义 1](#_Toc202263622)

[4 基本要求 1](#_Toc202263623)

[5 标识管理 1](#_Toc202263624)

[6 固定管理 2](#_Toc202263625)

[7 风险管理 2](#_Toc202263626)

[8 非计划拔管伤害等级分级 2](#_Toc202263627)

[9 非计划拔管报告制度 2](#_Toc202263628)

[10 监督检查 3](#_Toc202263629)

[附录A（资料类） 管路风险分级参照表 4](#_Toc202263630)

[附录B（资料性） 导管脱落风险评估记录表 5](#_Toc202263631)

[附录C（规范类） 非计划拔管伤害等级分级 6](#_Toc202263632)

1. 前言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由陕西省卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：西安大兴医院、陕西省人民医院、空军军医大学唐都医院、西安高新医院、商洛市中心医院、延安大学附属医院

本文件主要起草人：赵芳、刘维、刘晓梅、朱以芳、陈玲、徐敏宁、屈斐、李静、宋美

临床管路管理规范

* 1. 范围

本文件规定了临床管路管理基本要求、标识管理、固定管理、风险管理、非计划拔管伤害分级及上报管理规范，并提供了管路风险分级列表。

本文件适用于各级医疗机构医护人员进行临床管路管理。

* 1. 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

* 1. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

医疗不良事件 menical adverse event

医疗机构及医务人员在医疗活动中发生对患者造成或可能造成不良影响的事件。

* 1. 基本要求

管路置管、维护操作应由经过培训的医务人员实施。

管路维护标准应纳入新入职人员培训、护理人员专业能力评估和考核内容。

应采取积极措施预防非计划拔管，出现医疗不良事件应遵守医院不良事件管理规范，进行上报和处理。

管路更换应依据使用说明书建议的使用期限更换。

不应超范围使用导管。

应采用积极措施预防管路相关并发症及意外。

应评估患者对于疼痛管理需求，实施管路舒适化管理。

应遵循ERAS管路管理理念，每日医护联合评估带管必要性，争取早期拔管。

应告知患者及照护者带管过程中的注意事项，并签署脱管风险告知书。

带管出院患者，医务人员应充分评估带管出院风险及必要性。

医务人员应对带管出院患者实施宣教，告知注意事项，并定期随访。

* 1. 标识管理

管路应粘贴标识，注明管路名称、置管时间、置管人、置管深度等信息。

管路标识字迹应清晰。

应实施导管和引流液收集装置双标识管理。

标识粘贴位置不应引起患者不适。

带管患者床头应悬挂醒目警示标识。

特殊途径管路应进行标识警示管理。

1. 冲洗管路在茂菲氏滴管上方粘贴黄框标识，注明“引流管冲洗、时间、签名”，并悬挂黄色“引流管冲洗”标识牌。
2. 肠内营养输注管路上粘贴紫框标识，注明“肠内营养、时间、签名”，并悬挂紫色“肠内营养”标识牌。
3. 静脉输注特殊用药，延长管或输液泵管路粘贴白框标识，注明“药物名称、时间、签名”。
4. 动脉导管传感器套件粘贴红框标识，注明“动脉导管、时间、签名”。
   1. 固定管理

管路固定应采用三级及以上固定法，避免脱管。

1. 一级固定为穿刺口或引流口处的皮肤缝线固定。
2. 二级固定为体表导管固定器固定，固定器距离穿刺点10 cm～15 cm处固定。
3. 三级固定为引流袋固定于同侧床旁或衣服下角。

应实施高举平台法进行管道固定，避免压伤皮肤。

每班交接查看导管固定情况，固定装置松脱，应及时更换避免脱管。

引流液收集装置应低于引流管口，避免引流液逆流。

应结合各管路特性，实施适合悬挂高度。

* 1. 风险管理

根据非计划拔管后危险程度分为高危风险管路、中危风险管路、低危风险管路。见附录A

高危风险管路粘贴红色标识，中危风险管路粘贴黄色标识，低危风险管路粘贴绿色标识。

新入院带管或新置管患者，应进行脱管风险评估，并填写《导管脱落风险评估记录表》。见附录B

应对存在脱管风险患者进行防脱管宣教，并签署《住院患者意外事件风险告知书》。

应结合脱管风险实施有效预防措施并记录。

不应将不同输入途径管路与静脉输入通路悬挂于同一位置上。

应遵守导管滑脱等级划分标准及评估时机进行风险评估。

1. 低危 评分＜8分，有发生导管滑脱的可能，每周评估一次。
2. 中危 评分8分～12分，容易发生导管滑脱，每3 d评估一次。
3. 高危 评分＞12分，随时可能发生导管滑脱，每天评估一次。
4. 导管出现任何情况应随时评估，包括导管数量、风险因素变化，均应动态评估。
5. 同类导管按照数量乘以该导管评估分值计算。
   1. 非计划拔管伤害等级分级

根据非计划拔管后伤害等级进行分级，共分四类九级。见附录C

* 1. 非计划拔管报告制度

发生非计划拔管责任护士妥善处理患者的同时应及时报告。

口头报告时间节点：非计划拔管，护士立即报告值班医生，评估病情并给予妥善处置，同时报告护士长、科主任。Ⅱ～IV级应在处理的同时，口头报告管理部门。

书面报告时间节点：0～I级非计划拔管，24 h～48 h内填写不良事件报告表并上交护理部；Ⅱ～IV级，12 h内填写不良事件报告表并上交护理部。

在护理记录中描述发生经过及抢救或处理过程。

* 1. 监督检查

医疗机构应制定并实施适合本机构的管路安全检查办法。

医疗机构应对导管相关性感染、非计划拔管医疗质量安全敏感指标进行数据监管。

医疗机构应组织对发生的不良事件进行原因分析，制定整改措施，管理部门进行效果追踪，持续改进。

2. （资料类）  
   管路风险分级参照表

| 高危导管（18种）a | 中危导管（16种） | 低危导管（5种） |
| --- | --- | --- |
| PICC导管 | 封闭式负压引流管 | 导尿管 |
| CVC导管 | 肾周引流管 | 胃管 |
| 脊柱术后伤口引流管 | 鼻肠管 | 浅静脉留置针 |
| 气管切开套管 | 盆腔引流管 | mini中线导管 |
| 呼吸机管路 | T型管 |  |
| 硬膜下腔引流管 | 植入式静脉输液港 |  |
| 外周动脉导管 | 骨髓腔输液通路 |  |
| 气管内插管 | 小肠减压管 |  |
| 胸腔闭式引流管 | 骶尾部伤口引流管 |  |
| 纵膈引流管 | 皮下引流管 |  |
| 脐静脉导管 | 腹腔引流管 |  |
| 脑室外引流管 | 肾造瘘管 |  |
| 腰大池引流管 | 鼻胆管 |  |
| IABP导管 | 文氏孔引流管 |  |
| ECMO导管 | 脾窝引流管 |  |
| 血液净化血管通路 | PTCD导管 |  |
| 甲状腺术区引流管 | 胃肠造瘘管 |  |
| 前列腺术后导尿管 | 膀胱造瘘管 |  |
| 心包引流管 |  |  |
| 三腔两囊管 |  |  |
| 1. 根据非计划拔管后危险程度划分 | | |

1. （资料性）  
   导管脱落风险评估记录表

| **科别** |  | **床号** |  | **姓名** |  | **性别** |  | **住院号** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估时机 | | 新置导管□ | | 复评□ | | 携管转入□ | | 种类变化□ | |
| 导管种类及分值 | | | | | | | | | |
| 高危导管 3分 | | PICC导管□ | | CVC导管□ | | 气管内插管□ | | 气管切开套管□ | |
| 硬膜下腔引流管□ | | 脑室外引流管□ | | 腰大池引流管□ | | 外周动脉导管□ | |
| 脊柱术后伤口引流管□ | | 胸腔闭式引流管□ | | 纵膈引流管□ | | 脐静脉导管□ | |
| IABP导管□ | | ECMO导管□ | | 血液净化血管通路□ | | 甲状腺术区引流管□ | |
| 前列腺术后导尿管□ | | 呼吸机管路□ | |  | |  | |
| 中危导管 2分 | | 封闭式负压引流管□ | | 肾周引流管□ | | 鼻肠管□ | | 盆腔引流管□ | |
| T型管□ | | 骨髓腔输液通路□ | | 小肠减压管□ | | 骶尾部伤口引流管□ | |
| 皮下引流管□ | | 腹腔引流管□ | | 肾造瘘管□ | | 鼻胆管□ | |
| 文氏孔引流管□ | | 脾窝引流管□ | | PTCD导管□ | | 植入式静脉输液港□ | |
| 低危导管 1分 | | 导尿管□ | | 胃管□ | | 浅静脉留置针□ | | mini中线导管□ | |
| 风险因素及分值 | | | | | | | | | |
| 年龄 | | 7岁以下 2分□ | | 65岁以上 2分□ | |  | |  | |
| 意识 | | 谵妄 2分□ | | 模糊 2分□ | | 嗜睡 2分□ | |  | |
| 精神 | | 焦虑/抑郁 2分□ | | 烦躁/躁动 2分□ | | 恐惧/痴呆 2分□ | |  | |
| 活动 | | 行动不稳 2分□ | | 瘫痪 2分□ | | 使用行器 2分□ | | 不能自主活动 2分□ | |
| 疼痛 | | 难以忍受 2分□ | | 可耐受 1分□ | |  | |  | |
| 沟通 | | 差，不配合 2分□ | | 一般，部分配合1分□ | |  | |  | |
| 总评分 | |  | | | | | | | |
| 评分说明：  在相应危险因素栏内打钩；累计得分越高患者导管脱落风险越大；同类导管按照数量乘以该导管评估分值计算。 | | | | | | | | | |

1. （规范类）  
   非计划拔管伤害等级分级

| 严重程度分类 | 伤害程度分级 |
| --- | --- |
| IV类事件（隐患事件）：未发生非计划拔管 | A级：环境或条件可能引发非计划拔管 |
| III类事件（无后果事件）：发生非计划拔管，但未造成患者伤害 | B级：管路不完全脱出，管路功能未改变 |
| C级：非计划拔管发生，但没有对患者造成伤害，不需要再重新置管 |
| D级：非计划拔管发生，需进行监测以确保患者不被伤害，或需通过干预阻止伤害发生，不需要再重新置管 |
| II类事件（有后果事件）：发生非计划拔管，且造成患者伤害 | E级：非计划拔管发生，造成患者暂时性伤害。并需进行治疗或干预，且不需要再重新置管 |
| F级：非计划拔管发生，造成患者暂时性伤害，并需住院或延长住院时间或需要重新置管 |
| G级：非计划拔管发生，造成患者永久性伤害 |
| H级：非计划拔管发生，导致需要给予患者挽救生命的治疗措施 |
| I类事件（警告事件）：发生不良事件，造成患者死亡 | I级：非计划拔管发生，导致患者死亡 |

