

2016 年浙江省 ICU 质控中心质控检查

浙江省重症医学科营养支持治疗安全质量管理专项检查

评分表

被检查单位：

检查日期：

检查组成员：

检查总分：100 分

实得分：

浙江省 ICU 质量控制中心 制订

二〇一六年十一月

检查项目	检查主要内容	检查标准	考核方式	评分	专家建议
一、重症医学科应建立营养支持治疗相关的规章制度（15分）	1、病房建设（6分）	（1）医院设有静脉营养配置中心，自制肠内营养液应符合相关安全规范。（1分）	查看资料和实地察看		
		（2）肠内营养泵数与床位数之比 $\geq 1:1$ 。（1分）	查看资料和实地察看		
		（3）实施肠外营养的患者建议使用静脉输液泵。（1分）	查看资料和实地察看		
		（4）肠内营养应安全标识明确，营养液的储存应符合相关安全规范。（1分）	实地察看		
		（5）血糖监测仪台数与床位数之比 $\geq 1:5$ 。（1分）	实地察看		
		（6）医院设有营养科，推荐营养师参与临床查房。（1分）	查看资料		
	2、人员设置（3分）	（1）护士人数与床位数之比 $\geq 2.5:1$ 。（1.5分）	查看资料		
		（2）医生人数与床位数之比 $\geq 0.8:1$ 。（1.5分）	查看资料		
	3、人员资质（3分）	（1）医院和重症医学科均有营养支持治疗的相应规章制度。（1分）	查看资料		
		（2）科室应对员工进行营养支持治疗的培训，考核合格后经医院授权，员工方可取得相应资质，进行相关诊疗活动。（1分）	查看资料		
		（3）医院应每2年对员工进行再授权。（1分）	查看资料		
	4、教育培训（3分）	科室应每年2次对医护人员进行营养支持治疗的相关培训和考核，有学习资料和培训考核记录。（3分）	查看资料		
二、危重病 人的营养支持治疗（75分）	1、营养风险筛查（4分）	对所有ICU患者应进行营养风险评估（可采用NRS2002或NUTRIC法），及实施营养支持治疗风险评估（含基础疾病、胃肠道功能、返流误吸风险评估），病历资料中有相应体现（见附件1）。（4分）	查看资料		
	2、营养时机	营养支持治疗时机把握准确，每日评估营养支持治疗。	查看记录并现		

	(5 分)	a、血流动力学基本稳定，无禁忌症，推荐在有效的复苏与初期治疗 24~48h 内考虑开始肠内营养（EN），48~72h 内蛋白质补充达到目标；（2 分）	场考核、查看		
		b、高营养风险或严重营养不良，但有肠内营养禁忌，应尽早开始肠外营养（PN）；（1 分）			
		c、高或低营养风险，且 7~10 天后 EN<60%目标量，加肠外营养。（2 分）			
	3、营养支持治疗适应症（8 分）	营养支持治疗适应症掌握合理，有记录。	现场考核、查看		
		①肠内营养适应症：（按照 AGI 标准）。（4 分）			
		②肠外营养适应症：（4 分）			
		a、入住 ICU 7 天后 EN 未达 60%目标量时，实施补充性 PN；			
		b、高营养风险或严重营养不良，且由于手术或解剖问题禁止使用胃肠道的重症病人，应尽早开始 PN。			
	4、营养处方（12 分）	（1）由经授权的 ICU 专科医师或经过 ICU 训练的专职营养师开具营养处方。（2 分）	查看资质		
		（2）有营养处方表单，制订病人的营养治疗方案及监测措施。（2 分）	查看资料		
		（3）目标热卡在病历资料中有体现：评价营养处方的合理性。（2 分）	查看记录		
		（4）根据疾病特点或胃肠功能选择合适的肠内营养制剂。（2 分） 如： a、消化吸收功能异常的，推荐选用预消化或氨基酸型、短肽类制剂； b、腹泻或便秘的，推荐使用膳食纤维配方制剂； c、高血糖或者血糖波动幅度大者，推荐使用缓释淀粉/低糖配方制剂； d、容量摄入受限者，推荐使用高热卡配方制剂； e、高血脂者，推荐使用低脂配方的制剂。	查看记录并现场考核		
		（5）全肠外营养液配方：（2 分） a、葡萄糖热卡占非蛋白热卡 50~60%；	查看记录并现场考核		

		b、脂肪乳占非蛋白热卡 40~50%；入 ICU 一周内不用大豆类脂肪乳剂（除非必需脂肪酸缺乏）； c、蛋白质 1.2~2.0g/kg/d； d、卡氮比 150~100kcal:1gN； e、多种维生素、微量元素和必需电解质。			
		(6) 特殊情况下的营养方案按特殊方案执行，如 CRRT 时蛋白质 2-2.5g/kg/d (2 分)	查看记录		
	5、肠内营养实施 (18 分)	(1) 肠内营养支持途径选择合理，病历资料中有体现 (1 分) a、对胃肠道功能完整，且胃动力与胃排空功能较好的推荐使用经胃的肠内营养； b、对胃动力障碍、需要胃肠减压（如重症胰腺炎）、经胃喂养不耐受和反流、误吸高风险的，以及病情危重者，推荐使用幽门后的肠内营养。	查看记录并现场查看		
		(2) 置管操作前有患方知情同意。(1 分)	查看记录		
		(3) 实施胃镜引导空肠营养管置入，或床边徒手置管，或行 PEJ/PEG 等有创操作，应由具有相应专业资质的医师、护士实施并取得医院授权。(2 分)	查看记录		
		(4) 鼻胃管或鼻肠管放置后应摄片确认管尖位置，且病程录有相应体现。(2 分)	查看记录		
		(5) 无禁忌症的患者，床头抬高 30-45°。(2 分)	现场查看		
		(6) 每日开始肠内营养时，常规评价营养管使用的安全性（如营养管异位、醒目标志、鼻胃管肠内营养需要注意胃潴留≤250ml）。(2 分)	查看记录并现场查看		
		(7) 推荐使用营养泵喂饲，初始剂量为 10~20ml/h，根据胃肠耐受情况滴定式加量至目标剂量。(2 分)	查看记录		
		(8) 持续喂饲每 4h 或间歇喂饲及用药前后，应用 20-30ml 温开水冲洗管路，并检查营养管是否通畅。(2 分)	现场考核		
		(9) 腹胀患者，推荐行腹内压（膀胱压）监测。(1 分)	查看记录		

		(10) 对仍需小剂量血管活性药物维持血流动力学的重症患者，开始肠内营养前有血乳酸监测（应 $\leq 4\text{mmol/L}$ ）。（1分）	查看记录		
		(11) 病历资料应记录有床头抬高，营养制剂类型，输注方式，输注速度，有无腹泻、腹胀、恶心、呕吐，大便性状、量，肠鸣音等，以及前一天肠内营养实施的实际量。（2分）	查看记录		
	6. 肠外营养实施 (13分)	(1) 深静脉或 PICC 置管操作前有患方知情同意。（1分）	查看记录		
		(2) 实施深静脉或 PICC 置管的医护人员应有相应资质，并有授权证明。（1分）	查看记录		
		(3) 操作者及时记录操作情况。（2分）	现场查看		
		(4) 置管后有管尖位置的确认，且病程录有相应体现。（2分）	现场查看		
		(5) 肠外营养液应配制于“全合一”袋。（2分）	现场查看		
		(6) 肠外营养液应当天配制当天使用，输注不超过 24 小时。（1分）	现场查看		
		(7) 对于持续静脉营养泵输注者，每日采血前 4-6h 停止输入利于采血检查。（1分）	查看记录		
		(8) 等渗或配置液葡萄糖浓度 $\leq 10\%$ 的肠外营养液可从周围静脉输注，高渗的肠外营养液应从中心静脉输注。（2分）	查看记录		
		(9) 有再喂养综合征风险的严重营养不良患者，进行肠外营养前，应先纠正电解质（特别是钾、镁、磷）缺乏。（1分）	查看记录		
	7、营养支持的监测和评估（15分）	(1) 每日评估分析患者液体平衡状态和前一天实施营养支持的情况，并有记录。（2分）	查看记录		
		(2) 根据病情定时监测血糖，有血糖控制方案，目标血糖控制不超过 10mmol/L 。（2分）	查看记录		
		(3) 每周 2 次监测血磷并补充。（2分）	查看记录		
		(4) 实施初期每日监测血气分析、电解质，定期（每周 1-2 次）监测肝肾功能、血脂、血常规、血淋巴细胞、前白蛋白、转铁蛋白等。（3分）	查看记录		

		(5) 长期 (2 周以上) TPN 或经幽门后肠内营养的患者, 每 1-2 周复查肝胆 B 超。(2 分)	查看记录		
		(6) 肠外营养输注过程中有无不良反应及相应处理, 并有记录。(2 分)	查看记录		
		(7) 导管相关血流感染预防与控制: (2 分) a、置管时严格无菌操作; b、置管后定期更换置管穿刺点覆盖的敷料; c、怀疑患者发生导管相关感染, 或者患者出现静脉炎、导管故障时, 应当及时拔除导管, 并行微生物培养 (双瓶双侧血标本和导管尖端培养); d、每天对保留导管的必要性进行评估, 不需要时应当尽早拔除导管。	现场考核并查看		
三、开展持续质量改进 (10)	1、科室建立质量管理体系 (5 分)	科室应当建立质量与安全管理小组, 有相应的工作职责、工作计划和工作记录 (2 分)	查看材料		
		科室应当建立营养支持治疗管理小组, 至少每季度开展营养支持治疗的质量评价, 有工作记录 (3 分)	查看材料		
	2、完成质量改进项目 (5 分)	有医疗安全 (不良) 事件的申报体系 (2 分)	查看材料		
		每年至少完成一项有关营养支持治疗的 PDCA 质量改进计划 (3 分)	查看材料		