

外科

ICU

护士手册

郑晓丽 主编



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

外科 ICU 护士手册

—— Intensive Care Unit ——

主 编 郑 晓 丽



山东科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科ICU护士手册 / 郑晓丽主编. — 济南: 山东科学技术出版社, 2011
ISBN 978-7-5331-5790-6

I. ①外… II. ①郑… III. ①外科—险症—监护(医学)—手册 IV. ①R473.6-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第163166号

外科ICU护士手册

主编 郑晓丽

出版者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路16号

邮编: 250002 电话: (0531) 82098088

网址: www.lkj.com.cn

电子邮件: sdkj@sdpress.com.cn

发行者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路16号

邮编: 250002 电话: (0531) 82098071

印刷者: 山东旅科印务有限公司

地址: 济南市九曲路8号

邮编: 250022 电话: (0531) 82740236

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 27

版次: 2011年8月第1版第1次印刷

ISBN: 978-7-5331-5790-6

定价: 49.00元

前言

PREFACE

重症医学是现代医学中新兴的一门学科，是医学进步的重要标志之一。重症监护理念最早由护理事业的先驱者南丁格尔提出，经过一百余年的发展，至今已经逐步形成了一套完整的理论体系和完善的监护技术。特别是进入 21 世纪以来，我国的重症医学得到了飞速发展。中华医学会重症医学分会的成立和重症医学专业二级学科的获得，多项指南和指导性意见的制定并不断更新，不断推动我国重症医学学科的持续发展。重症医学成为我国迄今为止最年轻、专科理论及技术发展最快的学科之一。随着重症医学和各医学专科的不断发展，以及对医院感染控制的严格要求，综合性监护室正趋向于向相对专科的监护室进行分化。

外科重症监护室主要对大手术后、外科休克、大出血及各种严重创伤的病人进行集中加强监护与治疗。外科发展到今天已相当成熟，直接发生在手术台上的死亡事故已十分少见，制约外科进一步发展和阻碍病人恢复甚至构成对生命重大威胁的往往是各种严重的并发症。将术后危重病人进行集中监护治疗可有效降低麻醉后病人死亡率，提高外科各危重症的抢救成功率，使年迈体弱的危重病人有更多的机会接受更复杂的大手术。外科监护室的建设和发展，对重症医学和外科学的发展具有非常重要的意义。作为山东省立医院外科监护室临床一线的护理人员，我们发现目前外科重症监测与护理方面的书籍非常少，但学科发展越来越细化，单纯的综合性重症医学方面的书籍已经不能满足于外科监护室护理人员知识需求，而反复查阅各类外科学的书籍又非常繁琐。因此，结合临床工作需求，我们在查阅大量国内外最新的文献、资料的基础上组织编写了此书，一方面利于从事外科危重症监护的护理人员掌握危重症专科护理理论和技能，另一方面为重症监护各级护理人员提供了一个学习和培训的参考用

书。

本书共分 15 章，对与外科重症监护相关的 ICU 专科护理理论和技术、外科常见危重症的监测与治疗、外科各系统重症监测与护理等内容进行了详细系统的介绍，其中包含了产科、口腔颌面外科等所有与手术有关的病种。本书内容全面，结构清晰，紧密联系临床实践，注重理论性及实用性，而且大多数理论为重症医学领域的新进展，不仅是从事外科重症监护的护理人员的参考书，也可作为低年资护士和实习护士学习监护技能或临床技能培训的辅导用书。

外科重症医学涉及面深而广，虽然在编撰本书的过程中尽了较大努力，但是由于水平及时间有限，疏漏之处在所难免，恳请广大护理工作者和读者给予批评指正。

编 者

2011 年 5 月于山东省立医院

目 录

CONTENTS

上篇 危重病监测基础理论与管理

第一章 ICU 概论及护理管理	3
第一节 重症医学概述	3
第二节 ICU 建设与管理	4
第三节 ICU 各项护理工作要求	8
第四节 ICU 各护理岗位职责	12
第五节 ICU 护理核心制度	16
第六节 ICU 护理应急预案	21
第七节 ICU 常用仪器设备的使用与维护	31
第八节 ICU 医院感染预防与控制	41
第二章 ICU 基本监护技能	51
第一节 心电监测	51
第二节 血流动力学监测	61
第三节 呼吸功能监测	67
第四节 肾功能监测	76
第五节 人工气道建立与管理	79
第六节 氧气治疗与机械通气技术	87
第七节 静脉输液与输血管理	100
第八节 ICU 常用药物简介	109

第三章 外科 ICU 专科治疗技术与护理	124
第一节 心肺脑复苏	124
第二节 外科 ICU 护理常规	134
第三节 手术及麻醉后病人的护理	137
第四节 外科 ICU 病人营养管理	143
第五节 血液净化及肾脏替代治疗与护理	155
第六节 外科 ICU 病人镇痛镇静治疗与护理	162
第七节 外科 ICU 病人心理护理	173

下篇 外科危重症监测与护理

第四章 外科 ICU 常见危重症监护	179
第一节 休克	179
第二节 全身性感染与多器官功能障碍综合征	191
第三节 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征	203
第四节 急性肾损伤与急性肾衰竭	210
第五节 急性肝损伤与急性肝衰竭	217
第六节 重症病人的出血和凝血障碍	223
第七节 重症病人的内环境紊乱	233
第五章 多发创伤重症监护	245
第一节 创伤病人现场急救及转运	245
第二节 骨创伤概论	251
第三节 骨盆骨折	257
第四节 脊柱骨折	258
第五节 重症创伤病人监护	261
第六章 心外科重症监护	267
第一节 心脏解剖与生理	267
第二节 体外循环	271
第三节 心脏术后病人监护	274
第四节 婴幼儿心脏术后监护	283
第七章 神经外科重症监护	290
第一节 神经外科概述	290

第二节	颅脑损伤	301
第三节	颅内肿瘤	303
第八章	胸外科重症监护	306
第一节	胸部损伤	306
第二节	心脏损伤	315
第三节	肺癌	313
第四节	食管癌	316
第五节	纵隔肿瘤	318
第六节	肺移植	322
第九章	普外科重症监护	325
第一节	腹部损伤	325
第二节	胃癌	328
第三节	大肠癌	330
第四节	门静脉高压症	332
第五节	胆石症	334
第六节	肝癌	338
第七节	肝移植	339
第八节	胰腺癌	344
第九节	重症急性胰腺炎	345
第十节	腹腔内高压及腹腔间隔室综合症	353
第十章	血管外科重症监护	359
第一节	腹主动脉瘤	359
第二节	深静脉血栓形成	361
第三节	血栓闭塞性脉管炎	363
第十一章	泌尿外科重症监护	366
第一节	肾癌	366
第二节	膀胱癌	367
第三节	肾损伤	370
第四节	儿茶酚胺症	372
第五节	肾移植	373

第十二章	烧伤科重症监护	378
第十三章	小儿外科重症监护	384
第一节	小儿外科概述	384
第二节	小儿急腹症	387
第三节	肠梗阻	388
第四节	急性肠套叠	389
第五节	先天性巨结肠	391
第六节	先天性肥厚性幽门狭窄	393
第七节	先天性食管闭锁	395
第八节	肾母细胞瘤	397
第十四章	产科重症监护	400
第一节	妊娠高血压综合征	400
第二节	妊娠合并心脏病	404
第三节	妊娠急性脂肪肝	406
第四节	产后出血	408
第十五章	口腔颌面外科重症监护	410
第一节	口腔颌面部解剖与生理	410
第二节	口腔颌面部损伤	411
第三节	口腔颌面部肿瘤	418

第一章 ICU 概论及护理管理

第一节 重症医学概述

重症医学 (Critical Care Medicine, CCM) 是研究危及生命的疾病状态的发生、发展规律及其诊治方法的医学学科,是现代医学中新兴的一门学科,是医学进步的重要标志之一。重症加强治疗病房 (Intensive Care Unit, ICU) 是重症医学学科的临床基地,它对因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍、危及生命或具有潜在高危因素的病人,及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术,是医院集中监护和救治重症病人的专业科室。重症病人的生命支持技术水平,直接反映医院的综合救治能力,体现医院整体医疗实力,是现代化医院的重要标志。

早期的监护理念由护理事业的先驱者南丁格尔提出。在 1863 年她就曾撰文提到,“在小乡村医院里,把病人安置在一间由手术室通出的小房间内,直至病人恢复或至少从手术的即时影响中解脱的情况已较为常见。”这种专门为术后病人,以后又进一步扩大到为失血、休克等危重外科病人开辟的“小房间”存在了相当长的时间,直至第一次世界大战后,在欧美国家被正式命以“术后恢复室 (recovery room)”。1928 年,Johns Hopkins 医院的 Walter Dandy 医生为神经外科病人开设了 3 张床的手术后监护单位;1930 年,德国 Tuebingen 大学医学院建立了创伤重症混合病房;第二次世界大战的战伤救治及之后社会发展和科技进步,促进了重症医学的产生和发展。20 世纪 50 年代,欧洲和美国脊髓灰质炎的大爆发是现代危重症医学及其组织形式产生的里程碑事件——气管插管和呼吸机通气技术的使用,最具代表性的是丹麦首都哥本哈根的高级麻醉师 Bjern Ibsen 组建的跨专业的专家队伍,给病人进行手动式通气,并建立了一个拥有 105 张病床的大型治疗单位,治疗的结果使病死率由 87% 降至 40%,这是具备现代组织形式的重症加强治疗病房 (Intensive care unit, ICU) 的最早尝试。1958 年美国 Baltimore 医院麻醉科医师 Peter Safar 创建了第一个提供 24 小时生命支持的专业性监护单位,并正式命名为重症加强治疗病房。20 世纪 60 年代以后,科技的进步推动了重症医学迅猛发展,使各种方式的监测及治疗手段的建立与创新成为可能,各种新型、轻便和功能完善的呼吸机相继推出;血流动力学和心电监测技术也不断完善,并研制出一系列能够用于病房和设备;同时,以心肺脑复苏为基础的抢救技术不断完善,这些显著地拓展了临床监测的视野和治疗能力,使危重症病人的治疗不断向专业化发展。

我国重症医学起步较晚,20 世纪 70 年代,开始出现集中治疗、管理危重症病人的单元。1982 年,在曾宪九教授的建议下,陈德昌教授在中国医学科学院北京协和医院

建立了我国第一张具有现代意义的 ICU 病床。1984 年，北京协和医院正式建立加强治疗科。随着经济的发展和卫生部颁布的将 ICU 的建立与否作为医院等级的评审标准，促使我国各大医院相继建立 ICU。20 世纪 90 年代，我国危重症医学学科建设步入了快速发展的轨道。1997 年正式成立了中国病理生理学会危重病医学专业委员会；2005 年，中华医学会重症医学分会成立，为进一步确立我国危重症医学学科地位及持续快速发展注入了新的活力，并陆续制定了多项指南和指导性意见；2008 年，经中华医学会重症医学分会申报，国家标准委员会批准，重症医学专业获得二级学科号（320.58），重症医学成为我国迄今为止最年轻的学科之一。

重症医学专业的临床基地是 ICU，通过应用先进的诊断、监护和治疗设备与技术，对病情进行连续、动态的定性和定量观察，并通过有效的干预措施，为重症病人提供规范的、高质量的生命支持，改善生存质量。其主要收治急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全，或存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过 ICU 的严密监护和加强治疗可能减少死亡风险的病人。外科重症监护病房（SICU）主要对大手术后、外科休克、大出血及各种严重创伤的病人进行集中加强监护与治疗。随着各种新技术和新概念不断应用于临床，外科发展到今天已相当成熟，制约外科进一步发展的一些外科问题已非仅靠手术刀所能解决。事实上，目前直接发生在手术台上的死亡事故已十分少见，阻碍病人恢复甚至构成对生命重大威胁的往往是各种严重的并发症。将术后危重病人进行集中监护治疗可有效降低麻醉后病人死亡率，使年迈体弱的危重病人有更多的机会接受更复杂的大手术。发展外科重症监护与治疗，对重症医学和外科学的发展具有非常重要的意义。

第二节 ICU 建设与管理

一、ICU 的组成

1. 经过特殊培训的医生、护士和其他人员，能熟练应对危重病病人的抢救、监测和护理。

2. 先进的高科技仪器设备和监测技术，能动态观察瞬息的病情变化，并及时反馈治疗效果。

3. 危重病医学理论指导和 ICU 特有的运作管理规章制度。

二、ICU 的分类

ICU 主要分为综合 ICU 和专科 ICU 两类。

我国多建立以抢救为主的综合性 ICU，主要是以支持危重病人全身各个器官功能为己任，是对各科存在多器官功能障碍的病人进行集中加强监护、治疗与抢救的场所。

专科 ICU 即医院内各个专科在自己专业范围内设立的加强病房，它主要支持病人某一器官功能或对病人疾病的某一方面或阶段进行加强医疗。例如外科 ICU（SICU）、内科 ICU（NICU）、冠心病 ICU（CCU）、呼吸科 ICU（RICU）、神经外科 ICU

(NSICU)、儿科 ICU (PICU)、急诊 ICU (EICU) 等。专科 ICU 往往附属于某一专科,一般来说对本专科问题有较强的处理能力。

三、ICU 收治范围

(一) 各类 ICU 收治范围

各类 ICU 的收治范围主要有:①急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全,经过 ICU 的严密监护和加强治疗短期内可能得到康复的病人;②存在各种高危因素,具有潜在生命危险,经过 ICU 严密的监护和及时有效的治疗可能减少死亡风险的病人;③在慢性器官功能不全的基础上,出现急性加重且危及生命,经过 ICU 的严密监护和治疗可能恢复到原来状态的病人。④慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆性疾病和不能从 ICU 的监护治疗中获得益处的病人,一般不是 ICU 的收治范围。

(二) 外科 ICU 的收治范围

外科 ICU 的收治范围有:①由于外科原发病引起心搏、呼吸骤停需行心肺脑复苏或复苏后生命体征不稳定,以及出现严重并发症而需要监护的病人;②外科休克,尤其是创伤性休克、感染性休克;③由于外科疾病并发急性呼吸功能不全需行机械通气治疗;④外科疾病合并急性心功能不全,如急性心脏压塞、严重心律失常、心力衰竭等;⑤外科大出血;⑥外科疾病并发严重水、电解质紊乱、酸碱平衡失调、严重的内分泌代谢紊乱;⑦严重创伤、多发伤生命体征不稳定者;⑧外科疾病并发多器官功能不全综合征;⑨重大手术后生命体征不稳定者;⑩其他,如严重电击伤、急性重症胰腺炎等。

四、ICU 三级监测

ICU 收治的均是危重病人,各种监测项目繁多,应根据不同病种和不同病情,有目的地选择监测项目,以避免给病人增加不必要的痛苦和经济负担。据此,将其分为一、二、三级监测。

(一) 三级监测

适用于经过积极治疗,已脱离危险的恢复期病人和大手术后的病人,其生命体征平稳,但仍需要在 ICU 观察治疗者。其监测内容属 ICU 常规监测项目,包括:心电、无创血压、脉搏、呼吸、体温、尿量、液体出入平衡,每日或隔日测血、尿、便常规,血生化、血糖、血气、肝功、肾功及床旁胸片等。

(二) 二级监测

适用于一个器官功能障碍的病人,需对某一器官进行支持治疗。对此类病人除进行 ICU 常规监测,还应重点选择相应的监测项目,如血流动力学监测,呼吸功能监测,肝、肾功能监测,脑功能监测等诸项指标。并根据病情随时检查,随时记录。对可能继发的其他器官功能改变也应采取针对性的监测手段,必要时做造影、超声及 CT 等检查,以协助诊断和治疗。这种病人对护理要求较高。

(三) 一级监测

适用于两个以上器官功能障碍的病人,这种病人病情重、死亡率高。其监测项目除包括常规项目及受损器官功能监测外,对其他器官功能亦应进行全面监测,并需每日测体重,计算热、氮平衡,观察每小时尿量。此类病人有创监测项目多,必要时可

连续监测颅内压。这种病人病情变化快且复杂，对护理的要求更高。

五、ICU 病房建设标准

(一) ICU 的位置要求

ICU 位置的设置应方便病人转运、检查和治疗，与麻醉科、手术室、急诊科、血库、影像学科和检验科等科室相比邻，在横向无法实现“接近”时，应该考虑楼上楼下的纵向“接近”，以便于收治和抢救病人。一个医院如果有多个 ICU，还应将其集中设置，以便于互相支持与交流。

(二) ICU 床单位设置

1. 床位数 ICU 的病床数量根据医院等级和实际收治病人的需要，一般约占医院总床位数的 2%~8%，但主要应根据本院实际的危重病人数量确定。每个 ICU 管理单元以 8~12 张为宜，超过 12 张床位应另设 ICU，床位使用率以 65%~75%为宜，超过 80%则表明 ICU 的床位数不能满足医院的临床需要，应该扩大规模。

2. 床单位布局 ICU 的床位摆放形式目前有开放式和闭合式两种，常见建筑方式有以中心监测台为中心的环形、扇形、长方大屋轨道帘帘分割式及分离小单间式等。ICU 开放式病床每床的占地面积为 $15\text{m}^2\sim 18\text{m}^2$ ，便于医护人员对病人实施各项操作和检查；每个 ICU 最少配备一个单间病房，面积为 $18\text{m}^2\sim 25\text{m}^2$ 。每个 ICU 中的正压和负压隔离病房的设立，可以根据病人专科来源和卫生行政部门的要求决定，通常配备负压隔离病房 1~2 间。鼓励在人力资源充足的条件下，多设计单间或分隔式病房。

3. 床单位要求 病床应是多功能的，有可控制高低的床头、床尾及两侧床体并有床档保护，以便病人的转运和治疗。每个床单位配备设备带或功能架，常规设置有床边监护仪、呼吸机、输液泵、注射泵、简易呼吸气囊、血压表、听诊器等设备，应配有双路氧气、压缩空气、负压吸引管道及 12 个以上电源插座。每个床单位均应有一个独立的电源保险系统，以防一个床位的电源短路造成整个病区的电源故障；每张病床可配有床头灯，床位上方吊灯尽量减少，以免使病人感到耀眼，但急救时要有足够的亮度；床上配备带波纹的气垫以防褥疮的发生；每张床的顶端应设有可以自由移动的天轨以方便治疗。

(三) ICU 病房及辅助用房设置

1. ICU 的基本辅助用房包括医师办公室、主任办公室、工作人员休息室、中央工作站、治疗室、配药室、仪器室、更衣室、清洁室、污废物处理室、值班室、盥洗室等。有条件的 ICU 可配置其他辅助用房，包括示教室、家属接待室、实验室、营养准备室等。辅助用房面积与病房面积之比应达到 1.5:1 以上。ICU 室内应有醒目的时钟，以便于医护人员工作。

2. ICU 的整体布局应该使放置病床的医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域和医务人员生活辅助用房区域等有相对的独立性，以减少彼此之间的互相干扰并有利于感染的控制。ICU 要有合理的包括人员流动和物流在内的医疗流向，最好通过不同的进出通道实现，以最大限度减少各种干扰和交叉感染。

3. ICU 应具备良好的通风、采光条件，有条件者最好装配气流方向从上到下的空气净化系统，能独立控制室内的温度和湿度。医疗区域内的温度应维持在 $(24\pm 1.5)^\circ\text{C}$

左右。每个单间的空调系统应该独立控制。安装足够的感应式洗手设施和手部消毒装置,单间每床1套,开放式病床至少每两个床1套。

4. ICU应建立完善的通讯系统、网络与临床信息管理系统、广播系统。在ICU噪音管理非常重要,除了病人的呼叫信号、监护仪器的报警声外,电话铃声、打印机等仪器发出的声音等均属于ICU的噪音。在不影响正常工作的情况下,这些声音应尽可能减少到最小的水平。根据国际噪音协会的建议,ICU白天的噪音最好不要超过45分贝(A),傍晚40分贝(A),夜晚20分贝(A)。地面覆盖物、墙壁和天花板应该尽量采用高吸音的建筑材料。

六、ICU的器械设备要求

1. ICU的医疗用电和生活照明用电线路分开。每张床位的电源应该是独立的反馈电路供应,最好有备用的不间断电力系统(UPS或EPS)和漏电保护装置,每个电路插座都在主面板上有独立的电路短路器。

2. 除上述床单位必备设备外,另外需配备中心监护仪、肠内营养输注泵、全导联心电图机、除颤仪、无创脉搏血氧饱和度测量仪、心肺复苏抢救装备车(车上备有喉镜、气管导管、各种接头、急救药品以及其他抢救用具等)、开胸包及各种穿刺包、降温毯、升温毯、冰帽机、便携式呼吸机、便携式监护仪等。其他设备根据科室具体情况配备,如振动排痰仪、血气生化 and 乳酸分析仪、纤维支气管镜、连续性血流动力学与氧代谢监测设备、临时心脏起搏器、脑电双频指数监护仪(BIS)、输液加温设备、呼气末二氧化碳及代谢等监测设备、体外膜肺(ECMO)、胃黏膜二氧化碳张力与pHi测定仪、床边脑电图和颅内压监测设备、闭路电视探视系统、主动脉内球囊反搏(IABP)和左心辅助循环装置、防止下肢深静脉血栓形成(DVT)的反搏处理仪器等。

七、ICU的护理人员配备与专业要求

(一) ICU专科护士配备人数 ICU专科护士的固定编制人数与床位数之比为2.5:1~3:1以上,这样才能保证危重症病人的护理质量。

(二) ICU护士专业要求 ICU专科护士必须经过严格的专业培训,熟练掌握重症护理基本理论和技能,经过专科考核合格后,才能独立上岗。每班应由资格老、经验丰富的护士带领值班(特别是夜班),以保证护理质量。

(三) 技术全面,应变工作能力强 ICU专科护士不仅要有专科医疗护理及急救基础知识,更要强调对病情系统的认识,还应掌握各种监护仪器的使用、管理、监测参数和图象的分析及其临床意义。ICU护士应当是技术全面、应变工作能力强,在临床实践及护理科研方面起重要作用的专职监护人员。其专业能力要求可概括为:

1. 素质标准 ①有为护理事业奋斗的献身精神及开拓精神;②有一定的人体健康与疾病的基础病理生理学知识;③有较广泛的多专科护理知识或实践经验;④善于创新及应用逻辑思维发现问题及总结经验;⑤实际工作及接受新事物能力较强,操作敏捷,善于钻研,工作细致耐心;⑥掌握各种监护仪器的使用、管理、监测参数和图象的分析及其临床意义。

2. 心理素质 ①思维敏捷、头脑清醒,能用最短的时间做出最佳护理方案,善于分析问题和解决问题;②情绪积极稳定,以饱满的情绪对待工作,帮助病人树立战胜

疾病的信心；③具有顽强坚韧的意志品格，从容应对紧张的局面和复杂的情况；④具备精诚合作的团队精神，以保证各环节救护工作的衔接和开展。

3. 身体素质 ICU工作节奏强，体力消耗大，因此ICU护士必须有较为强健的体格以适应ICU紧张的工作要求。

第三节 ICU各项护理工作要求

一、危重病人护理记录单

1. 根据医嘱（危重护理）及时进行记录。
2. 记录做到客观、真实、准确、及时、完整的反映病人的病情变化，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确，不涂改。楣栏内容齐全、清楚。
3. 每餐食物记在入量的项目栏内，食物含水量和每次饮水量应及时准确记录实入量。
4. 准确记录相应时间液体、血液输入量。准确记录尿液、呕吐量、大便及各种引流流量。
5. 将尿液、呕吐物、大便、各种引流物的颜色、性质，记录在病情栏内。
6. 一般情况至少每2h记录1次病情变化，记录时间应具体到分钟。其中体温若无特殊变化时，至少每日测4次。
7. 病情栏内应客观记录病人24h病情变化、护理措施和效果评价。手术病人还应记录麻醉方式、手术名称，病人返回病室状况、伤口、引流等情况。
8. 病情观察记录要体现病人感受及专科特点，病情描述确切，能动态反映病人病情变化。
9. 出入量应每班做1次小结。每日于7am总结24h出入量。
10. 护士于签名栏内签全名。

二、急救物品、常规器械、仪器设备、药品管理

（一）急救物品管理

1. 科室有急救物品管理制度。监护、抢救设备设施齐备，完好。
2. 急救物品做到五固定两及时：定物、定量、定位、定专人保管，定时检查，完好率100%；及时检查维修，及时请领报销。
3. 护理人员应坚守岗位，随时保持急救物品（呼吸机、监护仪、除颤器、起搏器、输液泵、心电图机等）整洁，性能良好，处于备用应急状态。
4. 建立账目，班班交接（交接内容：数量、性能）。交接人员双方签全名。
5. 所有人员必须了解急救物品性能及保养方法。用后清洁、消毒、检查性能并保养，物归原处，签名。
6. 每周集中检查、保养1次，有记录并签名。
7. 护士长每周检查1次，有记录并签名。

8.设备均有使用操作流程。所有护理人员均能掌握急救的基本操作技术,灵活机动地配合医生熟练地抢救病人。

(二) 急救车管理

1. 科室有急救车管理制度。急救车定点放置,专人管理。
2. 急救车(急救箱)建立“2卡”、“1本”,即急救药品一览卡、急救物品一览卡、急救药品及物品交接班记录本。
3. 有物品及药品放置示意图,标记清楚,有胸外按压板。
4. 急救药品及物品等有备用基数。
5. 急救药品放入药品盒内,按作用机理分类放置,所有药物应标注有效期。
6. 急救物品按无菌物品、一般物品等分层放置。
7. 保持急救车(急救箱)清洁,急救物品、药品、仪器齐全适用,用后及时领取补充,及时检查维修并有记录,及时消毒,无过期物品。
8. 药品账物相符,班班清点、检查有记录,交接班者签全名。
9. 护士长每周检查1次,有记录。
10. 科室护理人员熟悉急救药品作用机理,熟练使用急救仪器设备。

(三) 常规器械管理

1. 科室有常规器械管理制度。分类定点放置,专人管理,消毒、灭菌合格率100%。
2. 常规器械清洁,性能良好,处于备用状态。
3. 建立账目,班班交接,交接班者签全名。
4. 使用常规器械,必须了解其性能及保养方法。用后清洁、消毒、保养,检查性能,物归原处,签名。
5. 定期检查、维修并有记录。
6. 有使用操作流程标牌,所有人员均能掌握,熟练应用。
7. 护士长每周检查1次,有记录。

(四) 药品管理

1. 科室内所有备用药保存一定基数,专人管理,负责领药、退药和保管工作。
2. 建立登记本,每日清点并记录检查药品的数量和质量,防止积压变质,如发现药品有沉淀、变色、过期、标签模糊时应立即停止使用。班班交接,交接班者签全名。
3. 根据药品种类、性质(针剂、内服、外用等)分别放置,定数量、定位置,标签清晰,专人管理。
4. 药物有效期标记明显,如有沉淀、变色、过期、药品标签与瓶内药品不符、标签模糊或涂改等情况不得使用。
5. 凡抢救药品必须固定在抢救车上。
6. 药品借用后及时登记,及时补充并签字。
7. 麻醉药品及一类精神药品
 - (1) 麻醉药品及一类精神药品原则上由药剂科统一存放管理,科室不得存放。
 - (2) 根据病人需求需留备用的科室,科室提出书面申请,经医务处、护理部审批,