

# 中国医院经营管理 百科大辞典

人民卫生科学出版社



## 第五章 神经科的技术管理

神经科的工作人员也和其他医疗科室一样,应当具备胜任其本职工作的能力。例如住院医师应当具备书写完整病历的能力;总住院医师应具备管好病房的业务和管理能力;主治医师宜具备会诊及主持全病房医疗工作,解决疑难重症的能力;副主任或主任医师宜具备提高病房医疗工作的能力。各级医师的职责都要有明文规定。各级医师都要根据规定而分工明确,坚守岗位。在进行工作时都有各种明文规定的规章制度可以遵循,例如查房制度,会诊制度,术前讨论制度,死亡病例讨论制度等等。

另外,根据神经科的特点,有些具体要求如下:

### 一、注意培养良好的医疗科学作风

神经科医护人员必需养成细致、机警、敏捷、果断、耐心和敢于负责的医疗作风,才能适应神经科工作的特点,更好地全心全意地为病人服务,科学地完成任务。如有的疾病,其病情常是瞬息多变,因而医护人员必须一丝不苟地、不厌其烦地进行多次反复检查神经系统的体征,从病情演变的微小变化中,获得早期诊断的线索。

正因为神经系统疾病有的易发生突然变化,故要求医护人员一旦发现有异常变化,应立即警惕是否为“脑疝”,要密切观察病人,同时做好抢救“脑疝”准备。一旦发生“脑疝”,医护人员应该动作敏捷,措施果断,争分夺秒地抢救,才能取得抢救成功。

凡有精神症状的病人,常是语无伦次,很难合作,必需耐心地收集病史和反复地进行检查,才能完成诊治任务。凡神经系统患病的病人与家属,特别是需开颅手术的病人,多是顾虑重重,精神压力很大。所以每个医护人员必须具有耐心答复交待、为病人服务的热情,求得病人及家属的密切主动配合。

神经科病人,有的生活不能自理,从吃、喝、拉、撒、睡到用药、手术,完全依赖医护人员照顾,因而医护人员必须树立起全心全意为人民服务的崇高品德,才能更好地完成这项任务。

### 二、抓好医疗质量

不断地提高医疗质量是衡量管理水平的主要指标,也是管理工作的根本所在。现将影神经科医疗质量的几项关键环节介绍如下。

#### (一) 脑疝抢救

“脑疝”是神经科常见的危险重症。抢救的成功与失败直接影响病人生命存活、治愈、致残和死亡。为提高“脑疝”抢救成功率,必须抓好以下几项工作。

1. 提高脑疝早期诊断率。脑疝的早期发现和及时治疗,不仅能立即使病人转危为安,获得治愈;还会免于致残或轻度致残。所以医护人员掌握脑疝早期诊断的本领,是提高脑疝抢救成功率的关键,也是衡量管理水平的一项重要指标。

2. 提高脑疝抢救速度。提高抢救速度,非一两个人所能办到,必需训练一个“过得硬”的技术队伍。因此平素必须加强全科医师、护士的抢救基本功训练,达到班班人都分工,职责明确,一有抢救,各自奔赴岗位,各尽其职,相互协调,快而不乱。这样不仅能提高抢救速度,还会免于乱中出错。

3. 做好物质准备。这是保证抢救速度,避免乱中出错的前提。抢救物品及药物,力争齐全,宁可备而不用,不可用而未备。并把这些物品按使用率依次放在固定位置上,同时要班班交接清楚,做到物有定位,随手可取,取之能用,保证快速抢救,井然有序。

## (二) 手术工作

与外科要求大致相同,依其特点,强调以下几项工作。

1. 术前讨论。开颅手术风险很大,手术好坏不仅涉及病人的安危,还直接关系到病人的疗效和致残问题。故此决不能匆忙上阵和马虎从事。一定要发扬技术民主,集中智慧,做好术前讨论。

要防止讨论流于形式。凡参加讨论者,力争做到亲自检查病人,避免单纯依据病历记载进行讨论的弊病。凡未参加讨论者不宜做术者。

讨论内容要有规定。一般来说,要审查病人检查材料是否全面,病变位置(定位诊断)是否准确,手术时机是否合适,术中可能发生哪些意外及其应采取的预防方法,并做预防。所有这些均要一一不漏地记载在病历上,以备术后验证,从中吸取经验教训。

2. 手术操作。由于神经外科手术有其自身的特点,如切开、止血、缝合与外科手术要求有所不同,故对青年医师力争在尸体上做实际训练,打下扎实的基本功。定型手术要制定出的手术操作规程,不能任意改变。如需改革操作规程,要在术前讨论时提出,经通过后方可试行。术中要尽量保护脑组织,特别是功能区,以免致残。

3. 术后注意事项。术后有一名手术参加者陪同病人回病房,向当班医师、护士交待清楚术中所见及术后注意事项,使当班者心中有数,以防突变,措手不及,影响抢救。依照病情需要设专护,有条件者可建立监护,以利严密及时地观察病情变化,待脱险后方能离开术后室。

4. 术后讨论。包括术后治疗方案的制定、死亡、出院讨论等,并设专门记录本,以便提高医疗质量。

## (三) 护理工作

首先抓好基础护理,培养科班护士的基本功。怎样才能做好这项工作呢?一要“带”,由护士长或护士师亲自带,以身作则;二要严格要求,培养出良好的科学护理作风;三要有评比制度,有奖有惩。

其次则应做好专护工作,严密观察病情变化。

再次做好巡回病室工作,以防病情突变坠床,气管切开病人窒息,敷料脱落或其他意外等。

最后做好专题护理。专题护理是专科护理的一个方面,是衡量护理水平的重要内容,也是护理的科研项目。如预防脑科病人三大并发症(肺炎、褥疮、尿路感染),气管切开护理、用膜护理等。

## 第六章 神经内科的技术管理

### 一、神经内科的设置

神经内科病是一组常见病、多发病,而且危害甚大。因此,随着我国医疗卫生事业的发展,各级领导应该重视这门专业的建设。神经内科是一个独立的专门培养专业的医护队伍,要组织专科医疗小组、专科病房或专科医院,才能负担起繁重的防治任务。

1. 培养队伍。培养队伍是业务人员的具体工作,但更主要的关键是领导重视。对现有专业技术人员,要有计划、有目的、分期分批地培养。不但要培养神经内科医生队伍,也要培养神经内科护士队伍。

2. 专业设置。为了积极开展神经内科的防治工作,在医学院附属医院、省、市级医院应设立神经内科病房,床位 30~40 张左右;专区医院亦应设置神经内科专科病房,应有床位 20~30 张左右;县级医院应培养专职神经内科医生组成神经内科医疗小组。在较差的县医院也应培养兼职神经内科医生,在乡(镇)卫生院内也应培养 1~2 名神经内科兼职医生,以便及时准确地诊治本乡(镇)内发生的神经内科病。

3、为了加强神经内科专业的建设和提高,在省市范围内,必须建立神经内外科专科医院,作为神经内、外科医疗、教学、科研及培训的基地。

### 二、加强危重患者的抢救

神经内科的疾病种类繁多,而且有“三高”的特点。因此,从事神经内科的医护人员,必须对病人具有高度的同情心和全心全意为人民服务的思想与工作作风。神经内科的重危患者,如急性脑出血、蛛网膜下腔出血、急性脑炎、脑膜炎及癫痫持续状态等均需要分秒必争,及时确诊与积极地进行抢救。例如,急性脑出血的患者发生昏迷并有脑疝出现时,医生应马上检查与确诊,医护人员应立即投入积极而迅速的抢救,静点高张液体以降低脑压,缓解脑疝,给予静点地塞米松减轻脑水肿,肌注止血剂,并进行口腔护理、昏迷护理、褥疮护理,必要时吸氧、吸痰,并进行严密的六联观察等。

### 三、加强护理工作

神经内科患者的特点是瘫痪多、意识障碍多、病情危重多。因而需要护理人员有同情心和责任心,业务纯熟,方能完成复杂繁重的昏迷护理、口腔护理、褥疮护理、呼吸道护理等。不仅要细致地观察病情(如意识、瞳孔、呼吸、脉搏、体温、血压),还要进行药物治疗,如静注、肌注、口服药物,注意患者的饮食、营养。在神经内科患者的护理中还要注意患者的思想、情绪、如有不慎,不仅给患者造成精神痛苦,而且导致病情加重,甚至死亡。例如蛛网上腔出血的急性期就需要精神安定,绝对卧床,并且应用相应的药物治疗。假如患者因为恼怒、精神

紧张或因大便干燥而用力排便以及自己下床小便,都有可能引起再次出血,以致引起病情恶化或突然危及生命,因此需要针对患者的思想情绪多解释,多安慰,方能圆满地完成护理任务。

神经内科的护理工作不但任务重,专业性也强,为了提高护理工作质量,必须培养一支过硬的专业护理队伍。

#### 四、实验室与检查室的设置

一个完整的神经内科必须具备以下三方面的实验室与检查室:

1. 神经电检查室。包括脑电、肌电、脑超声波及脑血流图等项的检查。
2. 神经化验室。包括脑脊液常规检查、脑脊液细胞学检查、神经介质及神经免疫学的检查。
3. 神经病理室。力争解剖或作脑脊髓的局部解剖,以验证床诊断,提高医疗、教学及科研质量。

这些实验室中除了配备化验人员外,还应由神经内科的医生作化验室的兼职医生,一方面能与临床紧密结合,为临床服务,一方面能迅速提高实验室工作质量。放射线科也应配备适应各种神经系统检查的现代化的x线设备以及开展相应的技术。

#### 五、加强中西医结合

神经内科的疾病诊断虽然比较杂,但从定位诊断及定性诊断来看,神经病的客观依据比较充分,更比较有条理。但在治疗方面多数疾病都比较困难,甚至遗留比较严重的后遗症。

然而,祖国医学对神经病的认识及描写是比较深入的,在中医经典著作中就有很多神经系统疾病的临床表现及治疗经验论述。例如中风、痫症、痿症等早在1000年前就有较详尽的记述。

通过近年来对中医中药的学习与研究,发现在中医师论指导下有很多类的药物已广泛地应用于神经病的临床。并且通过动物实验及临床观察的验证,证明祖国医药学在神经病临床上是有作为的。例如:大多数活血化瘀药都含有黄酮甙,对脑供血不足及脑梗塞的治疗皆有显著疗效。另外,通过活血化瘀的药物对于瘫痪的治疗亦有较好的疗效。升阳提气的药物。对于低血压、神经紧张症及晕厥的治疗亦有较好的疗效。以上仅举几例足以说明中医中药对神经病的治疗有较好的疗效,祖国医药学宝库中对于神经系统疾病还有很多需要进一步挖掘的遗产。

## 第七章 关于迅速发展神经外科的任务

### 一、要明确县、地市、省等三级医院应承担的神经外科诊疗任务

由于医院发展不平衡,不少神经外科病人不仅不能就地医治,有的甚至长期延误诊断,因此必须明确各级医院应承担的神经外科诊疗任务,才能明确各级医院进行相应的科室建设。

#### (一)县级医院应承担的神经外科诊疗任务

1. 就地抢救各种类型的颅脑损伤。
2. 颅骨骨髓炎,颅骨良性肿瘤,颅骨成型。
3. 根据技术力量和设备条件,可适当扩大治疗病种,如:脊髓压迫症、周围神经外科,脑脓肿,脑出血的外科治疗等。
4. 负责向乡(镇)医院普及神经外科专业知识。

#### (二)地市级医院应承担的神经外科诊疗任务

1. 颅内占位病变(包括肿瘤、脓肿、寄生虫)。
2. 脊髓压迫症。
3. 部分脑血管病(包括高血压动脉硬化性脑出血、简单表在的血管畸形,缺血性脑血管病的搭桥术,颅内大网膜移植术,危险性小的动脉瘤)。
4. 周围神经外科。
5. 疼痛外科。
6. 根据技术力量、条件设备可适当扩大治疗病种%
7. 负责县级医院的业务培训。

#### (三)省级医院应承担的神经外科诊疗任务

1. 较复杂的颅内占位病变。
2. 复杂的血管病。
3. 癫痫的外科治疗。
4. 定向手术。
5. 根据国内外神经外科的进展及时开展新技术和进行科学研究等。
6. 负责对县及地市医院专业培训。

### 二、相应设置神经外科病床和设备以及医疗护理队伍

1. 县级医院。一般情况下不设专科床位,以兼职医疗护理小组为主,要有受神经外科专门培训的兼职医师2~3名,受专科训练的护士3~5名,中心县医院如条件具备可设专职

人员和专科床位。必要的设备应有:颅脑超声仪、200 毫安以上的 X 光机、开颅器械、电刀、输血条件以及神经外科必备的其他条件。

2. 地市级医院。应设神经外科床位 30 张,应有神经外科专业队伍,主任医师或副主任医师 2 名、主治医师 3 名、住院医师 6 名、护士 12 名、护理员 6 名。必要的设备应有:带有电视装置的 460 毫安以上的 X 光机、快速换片装置、脑电图仪、手持显微镜、显微外科手术器械及其他必备的条件。

3. 省级医院。应设神经外科专科病床 30~50 张,主任及副主任医师 2—3 名、主治医师 6 名、住院医师 12 名、护士 18~20 名、护理员 8~10 名。

省级医院除有地市级医院的神经外科设备外,应有头部 CT、定向手术仪监护设备,手术室应配有 X 光机和脑电图,还必须有放射治疗机等。

### 三、省应当成立神经外科中心

除了装备比省级医院更优越的设备外,还应有研究室和科研编制,以便从事以提高临床疗效为主的科学研究,开展新技术和培训省内神经外科骨干力量,向国内外先进行列接近。

#### 四、地市、省级医院神经外科应设有 ICU 和门诊观察室

神经外科疾病大部病情急、恶化快,对这些瞬息万变的病情,必须应当严密监测,才能得到及时诊疗。有的疾病如颅脑损伤,原发性损伤可能不重,但经过一定时间可出现严重继发病变,因此应在门诊观察室观察一定时间,排除产生继发性病变可能后再回家休养或到基层医院诊治。

### 五、神经外科专业技术管理基本要求和质量控制

1. 严格执行各级人员岗位责任制,定期进行政治业务考核,逐步提高各级医师思想水平和技术水平。

2. 神经外科的临床工作,必须按神经外科医疗护理常规执行。

3. 外科手术固然是治疗过程中的重要环节之一,但各级医师绝对不可持有单纯手术观点,要严格执行手术前检查和讨论,并加强术后治疗和护理。对新开展的诊疗项目,必须经过科内讨论及上级有关部门批准后方可应用于临床。

4. 病历书写是临床医生对疾病诊断和治疗的科学依据,要健全病志书写制度、书写要正规,字迹要清楚,逻辑性要强,使其成为良好的科研资料。

5. 鉴于神经外科病人特点,应认真执行分工划分医疗。转院时应嘱病人携带当地医院检查的各项资料,根据各级医生应当承担的任务,把应治病种逐步控制到当地诊疗。

6. 根据各级医院应承担的诊疗工作范围,定期检查工作开展情况,并通过治愈率、病死率、病残率、门诊病房诊断符合率、平均住院日数等来实行质量控制。

### 六、采取多种方式培训神经外科医护队伍和普及神经外科知识

神经外科任务重,病死率、病残率高,因此有不少医院和医务工作者不愿开展此项工作。因此卫生行政部门要采取有效措施,培训过硬的医护队伍,迅速普及神经外科专业。具体措施如下:

1. 凡是没开展神经外科的各级医院,必须一方面购买设备,一方面组织医护人员进修,

重点医院应配套进修,接受专门训练。本着县向乡(镇)普及有关神经外科知识,地市负责培养县级医院神经外科队伍,省级负责培训地市医院神经外科队伍的原则。

2. 每年召开一次省的神经外科学会,通过专题讲座、论文报告、专题讨论等普及神经外科知识。

3. 有经验的神经外科医师,可到基层办学习班,普及神经外科知识,协助开展新技术。

4. 卫生厅组织神经外科骨干医师到国内参观学习、学术交流或到国外研修考察。





## **第八编**

# **烧伤科管理与临床 技术规范**



# 第一章 烧伤科的工作特点及技术管理

烧伤在损伤疾病当中是最有代表性的一种严重损伤。机体一旦被烧伤则发生血浆样物外渗、烧伤面积广泛或呼吸道烧伤,如输血补液或气管切开不及时者往往合并休克。又由于皮肤防御屏障破坏,细菌进入体内的机会较多,则常常并发败血症。烧伤虽属皮肤组织的损伤,但却波及到严重烧伤病人的各个器官、如肺、心、肾、脑、活化器官等,防治不得力往往会造成急性肾功衰竭、消化道溃疡出血等并发症。除严重烧伤外,中小面积烧伤病人中的多数因被烧伤而出现暂时性的肢体功能障碍。由于这些规定了烧伤科的工作特点及其业务技术管理的要求。

## 一、烧伤科的工作特点

1. 新鲜烧伤病人绝大部分经急诊就诊,要求医护人员处理病人要有争分夺秒的时间概念。如拖延时间则会使烧伤病人的病情加重、甚至失掉抢救机会。

2. 细菌感染不仅使烧伤病人延长创面愈合时间,而且占烧伤死亡人数中的绝大多数。故防治烧伤感染是烧伤治疗中的关键。

3. 无论新鲜烧伤或晚期整形的病人,均因暂时性的肢体功能障碍,生活不能自理而需大量的基础护理工作,如饮食,二便,创面护理等。

4. 烧伤治疗中由于该种疾病的特点,需要较多的人力、物力。(1)一个大面积三度烧伤病人的治疗全过程需要专护专医;一个切痂植皮需要4~5名手术医师及1~2名麻醉医师和2~3名护士。(2)输血补液较其他病人用量大,例如60%烧伤面积50公斤体重的烧伤病人,伤后第一个24小时总输液量是6500毫升,其中全血和血浆量为2250毫升。(3)烧伤病人在创面修复之前为了控制感染,需要间断使用多种抗菌素。(4)病人创面包扎一次需要的敷料,相当于其他病种一般病人一次更换敷料的10~20倍。

5. 烧伤为多科性疾病,在治疗过程除与血库、药剂科取得胶体及药品供应外,为了进一步诊断和治疗必须与内、外、中医、神经、小儿、检验各科取得协作。

6. 烧伤科的医护人员为了随时完成急诊和病房抢救工作,居住的宿舍不宜距离医院过远。

## 二、烧伤科的业务技术管理

### (一)处理烧伤早期(伤后48小时)的注意事项

抓紧时间处理休克期的病人,不仅能及时防治休克,而且对保存机体抵抗力防止感染具有极其重要的意义。伤后头8个小时丢失的血浆样物,等于伤后24小时丢失总量的1/2。因此,医护人员接受休克或有休克发生可能的病人,要尽快进行输血补液等急救措施。

1. 烧伤病人在急诊室内的处理:(1)急诊室的医护人员接受需要输血补液的病人,要即

刻进行输血补液,同时通知烧伤病房作好抢救烧伤休克病人的一切准备。如果接受成批病人时,除院领导亲临指挥外,并需要一名有经验的医师负责分诊及在急诊抢救的指导工作。限于某些医院急诊室的抢救条件,烧伤病人在急诊室不宜停留过久,应排除一切困难(其中包括抢救费用)争取在短时间内收入烧伤病房抢救。(2)各有关科室的紧急会诊:①耳鼻咽喉科:经过会诊确定为呼吸是烧伤需要气管切开者、要立即进行气管切开。呼吸道烧伤不需即刻进行气管切开者,要在伤后24小时内,备好气管切开器械及吸引器,并严密观察。②眼科:眼的烧伤经过会诊确定治疗原则,如眼的酸碱烧伤的处理等。③骨科:合并骨折脱臼者,经过会诊确定治疗原则。(3)伤后即刻来诊的酸碱化学烧伤病人,接诊后要即刻清其创面用大量清水反复冲洗,不要为找中和剂而拖延时间。冲洗后如有条件可以再用中和溶液中和之。(4)①血库:为了满足烧伤早期病人随时应用胶体,要经常地备有各型全血及血浆。如接收成批病人,库存胶体不能满足需要时,血库应负责外借。②药剂科:负责供血浆代用。吸电介质溶液,葡萄糖溶液等。(5)伤后48小时内已发生休克或有发生休克可能者,一律禁止转送外地治疗。要就地组织抢救,如涉及技术或人力、物力可请求协作。休克缓解后,如有需要可转外地进行治疗。烧伤抢救工作的实践证明,凡在烧伤休克期转送外地治疗者,许多病人不易抢救成功。

## (二)烧伤的无菌技术管理

防止细菌感染,必须从如下三方面进行管理。

1. 病人本身。机体在生理状态下是带有细菌的、皮肤被烧伤防御屏障遭受破坏、容易导致细菌感染,因此,要求加强技术管理。(1)护理人员要作好病人的五官及二便的正规护理。(2)医师需要通过烧伤早服的“清创”及连续性的“暴露”,“包扎”,“手术”,“浸浴”等疗法明确地处理好烧伤创面。

2. 周围环境。周围环境的管理,是指防止烧伤病区耐药菌株的产生及交叉感染。(1)为了防止新鲜烧伤病人遭受耐药菌株的感染,烧伤病区应设两套条件相同的病房。两个病房使用与消毒交替进行,在同一时间内禁止人员交叉出入及物品的相互借用。每2~3个月交换使用一次,或根据细菌耐药情况安排交换使用时间。(2)使用中的病房的各房间也要交换使用。①病人居住的房间要经常通风换气、接受日光照射、紫外线照射,化学药品消毒。②空闲之病室必须按时以清水刷洗,通风换气,以化学药品密闭消毒。③床垫、被褥等物品可借对病室密闭消毒的机会进行消毒。④新鲜烧伤病人,尤其大面积严重烧伤病人。最好在一个房间抢救治疗2~3日后换入另一个消毒完毕的房间,循环交替使用。(3)病区内的各种物品、禁止交叉使用。(4)病区内的有菌敷料与无菌敷料,既不能交叉放置,又要在病区有各自的出口和入口。(5)家属探视病人应通过室外走廊进行,不能进入病室。

3. 医护人员:(1)医护人员进入隔离病室必须配戴无菌帽子、口罩,洗手,更换拖鞋方能进入。(2)凡处理烧伤创面,医护人员必须配戴帽子、口罩,刷手之后进行操作。

## (三)烧伤畸型整形工作

烧伤病人从受伤到功能恢复,是该疾病完整的病情发展过程。即使创面修复有的尚残留功能障碍,这不意味疾病完全恢复。因此,要求烧伤治疗要把新鲜烧伤到晚期整形视为烧伤治疗的全过程。

1. 烧伤病本身的需要。治疗新鲜烧伤时要考虑到晚期的功能,如颈部新鲜烧伤必须采

取颈部过度后伸位,否则创面暴露不充分易遭感染加深,导致晚期瘢痕挛缩。当对胸髋粘连的病人手术时,医护人员总是能启发考虑到为新鲜颈部烧伤病更好地进行治疗。(1)新鲜创面治疗同时,应用创面所处的体位防止或减少畸形发生。(2)新鲜创面治愈到接受晚期治疗之间通过支持等练习,防止或减少功能障碍。

2. 调节专业人力、物力的需要。烧伤前后期病人在同一烧伤专业进行治疗,可以调节人力、物力。新鲜烧伤病人的发病,比起一般常见病缺乏规律性,有时受伤人数较多,有时较长时间则处于间歇状态。当新鲜烧伤病人增多时,可限病人入院(除小口畸型,眼睑外翻,小儿手足等功能部位发育受限外,其他瘢痕挛缩病人则允许短暂的治疗时间上的出入)。反之则多收些晚期整形病人进行治疗。这样既调节了人力,也调节了房间使用。

#### (四)烧伤的科学研究工作

烧伤为损伤疾患中的一种疾病,当机体浅表组织受损伤或并发重症感染时肺、心、肾、脑,消化器官也同时受到刺激。因此,必须深入开展烧伤的病理生理,微生物、生化、药理,免疫以及中医中药对烧伤治疗的研究,才能使烧伤防治工作不断前进。烧伤防治研究工作必须与基础医学相结合,必须中西医相结合进行研究,才能取得成果。

## 第二章 烧伤科的设置与人员配备

### 一、烧伤机构设备

1. 烧伤研究中心。一个较大的地区应建立烧伤中心,设床位 40~50 张,新鲜烧伤 30~40 张,后期 10~15 张,其职能:

(1)具有烧伤研究能力,不断推动烧伤防治研究工作前进。(2)解决本地区严重烧伤病人的治疗,并能指导下一级医院进行烧伤病人的抢救工作。

2. 各大、中城市可选择一所综合医院成立烧伤专业科,设床 20~30 张。

3. 较大县城距离烧伤中心较远者,可设烧伤病室,设床 10 张左右。

### 二、烧伤病房建筑要求

#### (一)凡有烧伤专业设置的医院其新鲜烧伤治疗用房

原则上应建筑两套条件相同的病室结构,以便轮换使用。烧伤病房的建筑应自成独立系统,要求采光通风良好。病室设于阳面,辅助房间设于阴面,最好设室外走廊便手家属探视。重症抢救病室应设在高于地面的二楼以上的位置。(因为一楼人及物出入频繁易污染不利于无菌管理)。烧伤病区应设有较大的仓库容纳各种物品、减轻各病室的物品堆积便于无菌管理,最好设有煤气装置便于为重病人热饭及熬煎中药之用。

#### (二)烧伤病室的要求

1. 重症抢救病室:(1)面积以 30~40 平方米为宜。(2)地面为水磨石地、设有水封地漏。(3)设空调,吸引,供氧等装置最好陈设“层流”装置。(4)设呼吸、循环监护器,超声雾化吸入机、人工呼吸机。(5)容纳重症烧伤 1~2 名。

2. 新鲜轻症烧伤病室:(1)面积 20~30 平方米为宜。(2)地面为水磨石地,设有水封地漏。(3)设有空调装置。(4)容纳轻症烧伤病人 4~5 名。

3. 晚期整形病室同一般病室设置。

4. 烧伤房如属烧伤中心或较大专业科的病房应设:(1)专业急诊室,其中包括诊察室、抢救室。(2)专业门诊,其中设有诊察室,换药室。(3)专业手术室:①切痂植皮间。②肉芽创面植皮间。③晚期整形手术间。④敷料室。⑤皮库。⑥烧伤研究室,其中设有病理生理、微生物,生化、药理(包括中西药两方面)及动物实验室。

### 三、人员编制

烧伤中心及较大的专业科

1. 床位 40 ~ 50 张, 医师 15 ~ 20 名, 护理人员 40 ~ 50 名, 负责卫生人员 4 ~ 5 名。
2. 皮库设医师 1 名负责皮肤储存方法及皮肤皮活的研究。
3. 研究室 (1) 设医师 1 名负责研究室工作, 另设技术员 3 名。(2) 动物实验室技术员 2 名, 负责动物实验准备工作及实验动物护理。



