

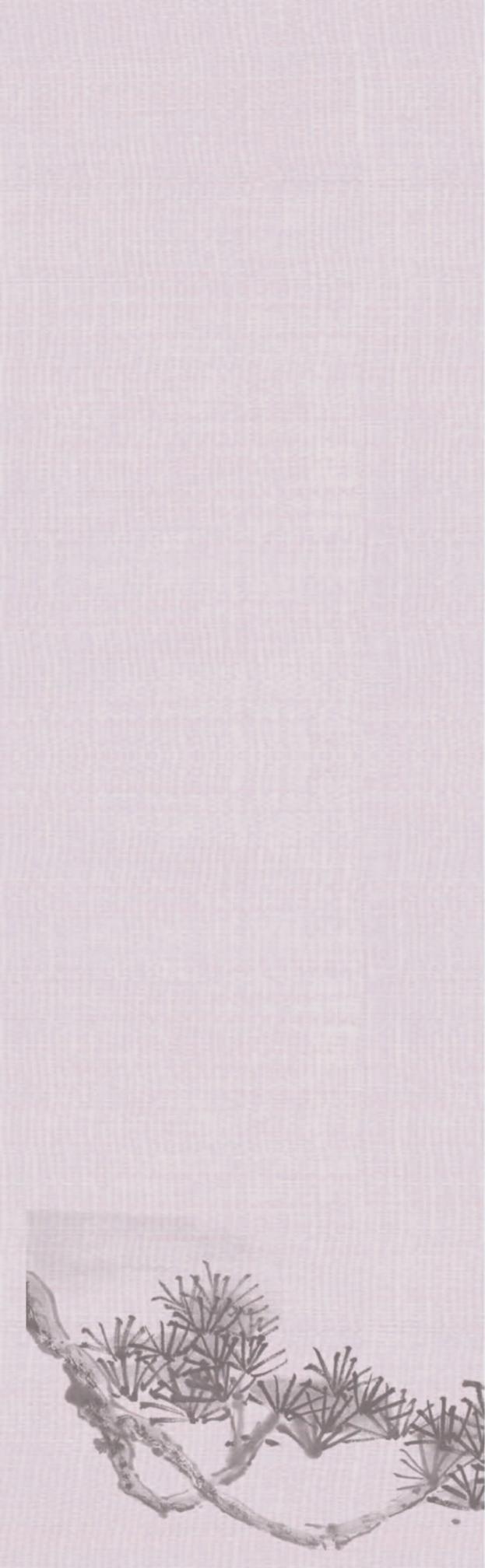
中西医结合医院中医药文库

重症医学质量管理手册

王立新 周晓燕 孙滢 王路娥 许迪 毕振云 主编



河北科学技术出版社



中西医结合医院中医药文库

重症医学质量管理手册

王立新 周晓燕 孙滢 王路娥 许迪 毕振云 主编

厚德 仁爱 博学 严谨



河北科学技术出版社

《中西医结合医院中医药文库》编委会

主 编 王立新
副主编 王元松 李培新 韩洪奎 刘文洪 李江春 李国强 王淑芳 李 静
编 委 康西忠 林树芬 高秀敏 包善玉 曹文忠 闫国强 徐福琴 朱 翌
沈 玲 井郁陌 周晓燕 李宝芬 刘 建 王振强 李 娟 马 敏

《重症医学质量管理手册》编委会

主 编 王立新 周晓燕 孙 滢 王路娥 许 迪 毕振云
副主编 魏丽丽 刘 珍 赵荣忠 齐 策 王 健 周 通 张振山 王洪斌
吴俊平
编 委 于克静 王 健 毛 静 田守森 石玉娜 田丽丽 左艳敏 刘英丽
刘 涛 刘晓玲 刘倩倩 李文涛 张玉群 宋伟伟 张 博 吴 鹏
李霖娜 李耀辉 饶 欣

图书在版编目 (C I P) 数据

重症医学质量管理手册 / 王立新等主编. —石家庄:
河北科学技术出版社, 2013. 5
ISBN 978 - 7 - 5375 - 5856 - 3

I. ①重… II. ①王… III. ①险症—诊疗—质量管理—手册 IV. ①R459. 7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 095482 号

重症医学质量管理手册

王立新 周晓燕 孙 滢 王路娥 许 迪 毕振云 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号 (邮编: 050061)
印 刷 沧州市新颖印务有限公司
开 本 787 × 1092 1/16
印 张 16
字 数 390 千字
版 } 2013 [7 月第 1 版
2013 [7 月第 1 次印刷
定 & 33.00 元

目 录

第一章 重症医学科质量与安全目标	(1)
第二章 重症医学科科室管理制度	(3)
第一节 科室工作制度	(3)
一、关于保障重症医学科医疗安全的相关规定	(3)
二、医师资格与技术能力准入授权管理制度	(4)
三、科室工作制度	(4)
四、病人管理制度	(5)
五、早会制度	(5)
六、收治范围	(5)
七、患者疾病严重程度评分制度	(6)
八、危重患者的收住院流程	(6)
九、患者转入、转出重症医学科标准	(7)
十、患者转入、转出重症医学科流程	(9)
十一、患者外出检查和危重患者转运制度	(9)
十二、医患沟通制度	(10)
十三、医疗纠纷的接待与处理制度	(11)
十四、“防止医疗事故”的重点措施	(11)
十五、院内感染控制制度	(12)
十六、临床输血技术规范与规定	(14)
第二节 医疗工作制度	(22)
一、医师岗位准入管理制度	(22)
二、医师培训制度	(22)
三、“三基”培训考核制度	(23)
四、医师值班制度	(23)
五、医师交接班制度	(24)
六、三级医师查房制度	(24)
七、医嘱制度	(25)
八、病历书写制度	(25)
九、疑难重症患者会诊制度	(26)

十、危重、疑难病例诊疗方案讨论制度	(26)
十一、危重患者抢救、报告制度	(27)
十二、抗生素使用制度	(27)
十三、医疗质量控制制度	(28)
十四、医疗质量管理小组	(30)
第三节 护理管理制度	(30)
一、专业护士岗位准入管理制度	(30)
二、新入科护士培训制度	(31)
三、护士紧急替代制度	(31)
四、各种意外事件上报制度	(31)
五、消毒隔离制度	(31)
六、病房管理制度	(32)
七、患者护理制度	(33)
八、探视制度	(33)
九、护理常规	(34)
十、护理交接班制度	(34)
十一、特殊药品管理制度	(35)
十二、抢救车药品物品管理制度	(35)
十三、仪器设备管理制度	(35)
十四、皮肤压疮管理制度	(36)
十五、不可避免压疮报告制度	(36)
十六、防止各类导管脱落的管理制度	(36)
十七、查对制度	(37)
十八、治疗室工作制度	(37)
十九、重症护理记录单书写要求	(37)
第三章 重症医学科科室岗位职责	(39)
第一节 重症医学科医疗岗位职责	(39)
第二节 重症医学科护理工作职责	(42)
一、专业护士岗位准入管理制度	(42)
二、新入科护士培训制度	(43)
三、护士紧急替代制度	(43)
四、各种意外事件上报制度	(43)
五、消毒隔离制度	(43)
六、病房管理制度	(44)
七、患者护理制度	(45)
八、探视制度	(45)
九、护理交接班制度	(46)
十、特殊药品管理制度	(46)
十一、抢救车药品物品管理制度	(46)

十二、仪器设备管理制度	(47)
十三、皮肤压疮管理制度	(47)
十四、不可避免压疮报告制度	(47)
十五、防止各类导管脱落的管理制度	(47)
十六、治疗室工作制度	(48)
十七、重症护理记录单书写要求	(48)
十八、一次性医用耗材管理规范和使用流程	(49)
第四章 重症医学科常见技术操作规范及规程	(50)
第一节 重症医学科医疗技术操作规范及规程	(50)
一、胸腔穿刺术操作规程	(50)
二、腹腔穿刺术操作规程	(51)
三、腰椎穿刺术操作规程	(52)
四、胸腔闭式引流术操作规程	(53)
五、中心静脉穿刺置管术操作规程	(54)
六、动脉穿刺置管术操作规程	(56)
七、气管插管术操作规程	(57)
八、气管切开术操作规程	(58)
九、心电监测技术操作规程	(59)
十、心脏电复律操作规程	(60)
十一、电除颤技术操作规程	(61)
第二节 重症医学科护理技术操作规范及规程	(63)
一、经有创动脉处采集血气标本	(63)
二、直接动脉压监测	(64)
三、气管切开术配合	(65)
四、气管插管配合	(65)
五、采集动脉血气标本	(66)
六、留置周围静脉套管针	(67)
七、中心静脉置管输液	(69)
八、中心静脉压测量术	(70)
九、PICC (经外周静脉插管的中心静脉导管) 应用	(71)
十、人工气道护理	(73)
十一、胸部物理治疗技术	(75)
第五章 重症医学科常见疾病抢救流程及规范	(77)
一、心肺脑复苏抢救规范	(77)
二、急性呼吸衰竭抢救规范	(77)
三、急性肺栓塞抢救规范	(78)
四、急性心肌梗死抢救规范	(79)
五、急性左心衰竭肺水肿抢救规范	(79)
六、严重心律失常抢救规范	(80)

七、休克抢救规范	(80)
八、失血性休克抢救规范	(81)
九、感染性休克抢救规范	(82)
十、昏迷抢救规范	(82)
十一、脑干出血抢救规范	(82)
十二、高血压危象抢救规范	(83)
十三、高渗昏迷抢救规范	(83)
十四、急性重症胰腺炎抢救规范	(84)
十五、急性呼吸窘迫综合征抢救规范	(84)
十六、多脏器功能障碍综合征抢救规范	(85)
十七、急性上消化道出血抢救规范	(86)
十八、急性大咯血抢救规范	(86)
十九、急性肾功能衰竭抢救规范	(87)
二十、破伤风的抢救规范	(88)
二十一、大面积烧伤抢救规范	(88)
第六章 重症医学科常用护理常规	(89)
一、护理规定	(89)
二、入院护理常规	(89)
三、出院护理常规	(90)
四、各种管路护理常规	(90)
五、气管插管护理常规	(90)
六、气管插管拔管时的护理	(93)
七、气管切开护理常规	(93)
八、鼻饲胃管护理常规	(93)
九、膀胱造瘘管的管理	(94)
十、T管的护理	(94)
十一、中心静脉插管护理常规	(95)
十二、动脉置管护理常规	(95)
十三、PICC 护理常规	(96)
十四、脑室引流管护理常规	(97)
十五、胸腔闭式引流管护理常规	(98)
十六、血液滤过护理常规	(98)
十七、皮肤护理常规	(99)
十八、机械通气的护理常规	(100)
十九、完全胃肠外营养护理常规	(100)
二十、肠内营养护理常规	(101)
二十一、成人呼吸窘迫综合征 (ARDS) 护理常规	(101)
二十二、急性呼吸衰竭护理常规	(102)
二十三、肺栓塞护理常规	(102)

二十四、重度颅脑损伤护理常规	(103)
二十五、心肺脑复苏术后护理常规	(104)
二十六、休克护理常规	(104)
二十七、弥散性血管内凝血 (DIC) 护理常规	(105)
二十八、重症急性胰腺炎护理常规	(106)
二十九、多器官功能障碍综合征护理常规	(107)
三十、重症复合型创伤护理常规	(108)
三十一、糖尿病酮症酸中毒护理	(108)
三十二、非酮症高渗性糖尿病昏迷护理	(109)
三十三、急性肾功能衰竭护理	(110)
三十四、烧伤重症护理常规	(110)
第七章 重症医学科常用仪器操作规程	(113)
一、心电监护仪操作规程	(113)
二、呼吸机操作规程	(114)
三、亚低温治疗仪操作规程	(115)
四、输液泵操作规程	(116)
五、简易呼吸器操作流程	(117)
六、除颤仪操作规程	(117)
七、心电图机操作规程	(118)
八、电动吸痰器操作规程	(120)
九、微量泵操作规程	(120)
十、振动排痰机操作规程	(121)
十一、血液净化仪操作规程	(122)
第八章 重症医学科应急预案	(124)
一、患者发生输液反应的应急预案	(124)
二、患者发生输血反应的应急预案	(124)
三、药物过敏引起过敏性休克的应急预案及程序	(124)
四、住院患者发生猝死的应急预案	(125)
五、住院患者发生误吸的应急预案及程序	(126)
六、住院患者发生坠床的应急预案及程序	(126)
七、意外伤害处理预案	(127)
八、急性喉阻塞的应急预案及程序	(127)
九、停电和突然停电的应急预案及程序	(127)
十、消防紧急疏散患者应急预案及程序	(128)
十一、使用呼吸机过程中突遇断电的应急预案及程序	(128)
十二、气管切开使用呼吸机患者意外脱管应急预案及程序	(129)
十三、CRRT 治疗过程中突遇断电的应急预案	(130)
十四、脑疝患者的应急预案及程序	(130)
十五、各种导管意外脱落应急预案及程序	(130)

十六、吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的应急预案及程序	(131)
十七、患者出现摔伤的应急预案及程序	(131)
十八、住院患者应用化疗药物出现外渗的应急预案及程序	(132)
十九、急性消化道大出血患者的应急预案及程序	(133)
二十、皮肤压疮预防预案	(133)
二十一、患者有自伤倾向时的护理应急预案及程序	(134)
二十二、停水/泛水的应急预案及程序	(134)
二十三、失窃的应急预案及程序	(135)
二十四、患者发生空气栓塞的应急抢救预案及程序	(135)
二十五、自发性气胸的应急预案	(136)
二十六、患者发生躁动时应急预案及程序	(136)
二十七、患者突发病情变化时应急预案及程序	(136)
二十八、医护人员发生针刺伤时的应急预案及程序	(136)
二十九、吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案及程序	(137)
三十、紧急封存患者病历及反应标本的应急预案及程序	(137)
三十一、处理医疗投诉及纠纷的应急预案及程序	(138)
三十二、人员紧急召集制度	(139)
三十三、动、静脉置管脱出的应急预案	(139)
第九章 重症医学科护理操作告知程序	(140)
一、重症多导管患者翻身擦背告知程序	(140)
二、心电监护告知程序	(140)
三、电除颤告知程序	(140)
四、输液泵使用告知程序	(141)
五、刮痧告知程序	(142)
六、拔罐告知程序	(142)
七、按摩告知程序	(143)
八、吸氧告知程序	(143)
九、应用保护性约束告知程序	(144)
十、采集动脉血行血气分析告知程序	(144)
十一、鼻饲告知程序	(145)
十二、大量不保留灌肠告知程序	(145)
十三、导尿告知程序	(146)
十四、给患者备皮的告知程序	(147)
十五、肌肉注射告知程序	(148)
十六、静脉采血告知程序	(148)
十七、静脉输液告知程序	(149)
十八、口腔护理告知程序	(150)
十九、皮内注射的告知程序	(150)
二十、皮下注射的告知程序	(151)

二十一、输血告知程序	(151)
二十二、雾化吸入告知程序	(152)
二十三、压疮护理告知程序	(153)
二十四、重症多导管患者翻身擦背告知程序	(153)
第十章 重症医学科感染预防控制	(154)
一、医院获得性肺炎和呼吸机相关性肺炎预防控制措施	(154)
二、留置导尿管所致尿路感染预防控制措施	(154)
三、血管内导管所致血行感染预防控制措施	(155)
第十一章 中医特色服务项目操作规程	(157)
一、小夹板固定术治疗闭合性尺桡骨骨折操作规程	(157)
二、手法整复治疗肩关节脱位	(157)
三、手法整复治疗小儿桡骨小头半脱位	(158)
四、针刺人中治疗气厥 (癃症) 操作规程	(158)
五、大承气汤灌肠治疗便秘操作规程	(159)
六、针刺合艾灸治疗胃、腹痛 (胃肠炎) 操作规程	(160)
七、刮痧合拔罐治疗外感病操作规程	(161)
八、穴位注射 654-2 注射液治疗腹痛 (胃肠痉挛) 操作规程	(161)
第十二章 重症医学科临床应用指南	(163)
一、中国重症加强治疗病房 (ICU) 建设与管理指南	(163)
二、中医医院重症医学科建设与管理指南	(165)
三、成人严重感染与感染性休克血流动力学监测与支持指南 (2006)	(169)
四、低血容量休克复苏指南	(178)
五、中华医学会重症医学分会 (2006 年) 机械通气临床应用指南	(189)
六、急性肺损伤 (ALI) / 急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 诊断和治疗指南 (2006)	(207)
七、慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的机械通气指南 (2006)	(215)
八、血管内导管相关感染的预防与治疗指南 (2007)	(227)
九、重症患者侵袭性真菌感染诊断与治疗指南 (2007)	(240)

第一章 重症医学科质量与安全目标

重症医学科质量与安全目标为:

1. 病床使用率 75%左右。
2. 院内感染率 $\leq 10\%$ 。
3. 医院感染漏报率 $\leq 10\%$ 。
4. 法定传染病报告率 100%。
5. 医疗人员基本技能考核合格率 100%。
6. 临床、药品及医疗器械试验、特殊检查、特殊治疗履行患者告知率 100%。
7. 入出院诊断符合率 $\geq 95\%$ 。
8. 临床主要诊断、病理诊断符合率 $\geq 60\%$ 。
9. 危重症抢救成功率 $\geq 80\%$ 。
10. 疑难病症好转率 $\geq 90\%$ 。
11. 甲级病历率 $\geq 90\%$ 。
12. 科间会诊 $\leq 12\text{h}$ 。
13. 院内急会诊到位时间 $\leq 10\text{min}$ 。
14. 实施危重程度评分 100%。
15. 基础护理合格率 $\geq 90\%$ 。
16. 危重患者护理合格率 $\geq 90\%$ 。
17. 医疗器械消毒灭菌合格率 100%。
18. 急救物品完好率 100%。
19. 护理文书书写合格率 $\geq 95\%$ 。
20. 每百张床护理严重差错年发生率 $\leq 0.5\%$ 。
21. 护理技术操作合格率 100% (合格标准 90 分)。
22. 护理人员基础理论考试合格率 100% (合格标准 80 分)。
23. 病房管理合格率 $\geq 95\%$ 。
24. 重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。
25. 处方合格率 $\geq 95\%$ 。
26. 各种申请单、报告单书写合格率 $\geq 95\%$ 。
27. 患者对重症医学科服务满意度 $\geq 90\%$ 。
28. 完成医院下达的年科室工作目标。
29. 24~48h 预期重返 ICU 率 $\leq 2\%$ 。
30. 呼吸机相关肺炎发生率 $\leq 10\%$ 。
31. 中心静脉导管相关性血行感染率 $\leq 2\%$ 。



32. 尿管相关泌尿系感染率 1%。
33. 压疮率 0% (难免压疮除外)。
34. 各类导管再滑脱率 $\leq 2\%$ 。
35. 再插管率 $\leq 4\%$ 。

第二章 重症医学科科室管理制度

第一节 科室工作制度

一、关于保障重症医学科医疗安全的相关规定

重症医学科负责收治全院各科的危重症患者，直接反映医院的综合救治能力，为提高重症医学科的管理水平和医务人员的综合能力，保障医疗安全，医务部做出如下规定：

（一）医护人员要求

1. 严格重症医学科医护人员准入管理，本科生工作3年以上，研究生工作1年以上，且具备执业医师资格者，方能进入重症医学科工作。

2. 实施重症医学科相关专业技术授权管理，经过考核合格后方可执行重症医学科相关技术操作。

3. 严格执行《医务人员理论技能培训评估制度》、《重症医学科医师培训制度》、《重症医学科新入科护士培训制度》等相关制度，按要求完成医护人员的继续教育。

4. 重症医学科患者的诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。

（二）加强对重症医学科患者的管理

1. 严格执行重症医学科转入、转出标准。

2. 所有进入重症医学科的患者要执行《重症医学科疾病严重程度评分制度》，首诊医师在入科时对患者病情进行综合评估，并将评分结果纳入病历。

（三）加强多科协作

1. 各科室新转入重症医学科的患者，科室主管医师要与重症医学科接诊医师做好交接，向重症医学科接诊医师详细交待患者病情，特殊注意的事项及处理措施。

2. 手术科室因术前存在危重状态转入重症医学科的患者，在手术前1d，临床科室主治医师或科主任入重症医学科与重症医学科医师一起查房，共同评估患者手术风险、手术可行性、并发症及防治措施，必要时由重症医学科医师向医务部申请全院包括麻醉科医师一起会诊。

3. 手术后转入ICU的患者，在术后3d内，临床科室的主管医师及主治医师每天至少1次进入重症医学科查房并做好处理如换药等，并向重症医学科医师详细说明所做的处理、目前注意事项等。重症医学科主管医师要将相关科室诊疗建议及处理详细记录在病程记录中。特殊情况视患者病情延长临床科室联合查房的时间。

4. 对于疑难病例，可向医务部申请召开各科医师参加的疑难病例讨论会。

（四）加强科室质控

要求科室成立质量与安全管理小组，并根据本科室特点制定明确的质量与安全指标，

并且每月进行检查、评估、分析、改进，每月度将质控结果上报医务部。

二、医师资格与技术能力准入授权管理制度

(一) 重症医学科医师资格准入条件

1. 取得医师执业证书。
2. 急诊专业研究生在重症医学科培训、学习至少1年。
3. 本科生经过医院和科室安排的医院内轮转3年，通过高级心肺脑复苏训练及考核。轮转、低年资医师只能在重症医学科医师指导下工作。
4. 掌握重症医学科常用技术，包括：心肺脑复苏术、气管插管术、动静脉置管术、腰穿术、胸穿术、腹穿术及清创术等；并熟悉各种重要仪器呼吸机、除颤器、床旁血液净化机、监测仪等的使用操作常规。

(二) 重症医学科相关技术能力准入管理与授权程序

1. 每月由重症医学科主诊以上人员负责对主管医师进行常用技术专项培训一次。
2. 每半年由医务部会同重症医学科科主任考核一次，采取书面答题和实际操作相结合的形式。成绩达标者，由科主任审核签字后报医务部批准，医务部授予重症医学科相关技术资格，具备独立操作能力。
3. 考核成绩不合格者进入下一轮培训，培训期间必须在上级医师指导下工作。
4. 重症医学科医师要认真遵守医院管理制度和科室相关诊疗指南和技术操作规范，密切观察患者病情变化，合理救治、科学治疗。
5. 重症医学科常用技术包括：心肺脑复苏术、气管插管术、动静脉置管术、腰穿术、胸穿术、腹穿术、清创术等；重要仪器使用操作包括：呼吸机、除颤器、床旁血液净化机、监测仪等。

三、科室工作制度

1. 重症医学科布局合理，工作人员必须穿专用工作服、拖鞋、戴帽子、口罩，有严重呼吸道感染及传染病者不得进入监护室。
2. 保持室内清洁整齐，物品用毕放回原处，每天早晨用含氯消毒液拖地一次，每班保持床单位清洁干燥、平整、床上、下无杂物。
3. 室内每天进行空气消毒净化，每月细菌培养一次。
4. ICU病人必须有监护记录。
5. 监护病人入院后，由值班人员制定诊疗计划及护理计划，并要求各班实施护理记录。
6. 要做到严格交接班（要求做到书面交接、床头交接、口头交接），交接内容三清：①病情交接清。②物品、药品交接清。③仪器交接清，方可离开病房。
7. 病人入室时，由监护室护士及管床医生护送至病房，做好治疗护理交接。
8. 抢救物品、药品齐全，处于应急状态。药品、敷料等用完后及时补充，器械及时消毒。
9. 护理人员熟悉各种仪器设备的性能，掌握操作规程，爱护和保护各种仪器，经常清理、清洁、按操作常规并做好交接工作。
10. 室内物品不外借，特殊情况下外借时须专人负责登记，如期归还。抢救物品概不

外借。

四、病人管理制度

1. 每班小组长需认真分组，各负其责，责任到人，将进修及实习同学合理安排，小组成员团结协作。

2. 中班准备好药物，放在药品盘内交给 8-7 班，核对后方可执行，备用液体，更换液体要求有第二人协助查对，提前加上药物的液体要在液体单上注明。

3. 要求分管护士全面了解病情及治疗，每位病人的治疗由分管护士自己完成，下班前查对当班所执行的所有医嘱，特护记录单用蓝笔打“√”，查看临时医嘱单有无漏签字。

4. 随时观察病人各项监测指标，出现异常情况及时排除及报告医生，有事离开时需要嘱咐其他人员代为看护。

5. 每班充分评估病人各方面的护理问题，及时采取相应的预防措施，防止并发症的发生。

6. 长期住 ICU 病人，每天分管护士与护理员共同做好病人的卫生清洁工作，做到“六洁”，操作过程中注意保温，避免过多暴露病人，穿好病员衣（上衣），昏迷病人保持肢体功能位，防止足下垂。

7. 保持床单位清洁整齐，床面被服有污染要随时更换。

8. 对于有引流管及气管插管的病人，必须妥善固定或制动，防止自行拔管。

9. 出现问题，当事人必须写出书面材料，护士例会时讨论，使大家引以为戒。

五、早会制度

1. 每日上班后由科室主任或副主任主持，进行交接班，全病房人员参加，听取值班人员汇报，解决医疗、护理以及管理工作中存在的主要问题，布置当日工作。

2. 每周一由科室主任或副主任主持召开全科晨会，全科人员参加。传达院周会精神，结合本科工作，检查各项制度和工作人员职责的执行情况，总结和布置工作。

六、收治范围

1. 呼吸、心跳骤停复苏后。

2. 各型休克危重的。

3. 急性呼吸功能不全。

4. 急性心功能不全。

5. 急性肝衰竭。

6. 急慢性肾功能不全伴多系统损伤的。

7. 严重心律失常伴血流动力学不稳的。

8. 高血压危象伴心衰呼衰生命体征不稳定的。

9. 危重创伤、多发伤伴呼吸循环不稳的。

10. 重大、高危手术患者围手术期管理，以及术后需呼吸机支持的患者，术后意识障碍伴有频繁抽搐的患者。

11. 急性中毒生命体征不稳定的。

12. 严重水、电解质紊乱，酸碱平衡失调。

13. 多器官功能障碍综合征 (MODS)。

14. 其他。电击伤、溺水、自缢、中暑、破伤风、妊娠中毒症、播散性血管内凝血 (DIC)、甲状腺机能亢进危象、甲状腺机能减退危象、肾上腺危象、非酮症性昏迷、急性重症坏死性胰腺炎、严重乳酸酸中毒等需入重症医学科监护治疗。

七、患者疾病严重度评分制度

1. 对入住重症医学科病房的患者实施危重程度评分的目的是用于评价重症医学科治疗效果、护理质量、预测死亡风险的状况,指导合理利用重症医学科资源。

2. 对入住重症医学科病房的患者在接受监测和治疗前后进行危重程度评分。

(1) APACHE II 评分 (急性生理和慢性健康评分 II) 系统。

(2) Glasgow 昏迷评分 (因中枢神经系统疾病而昏迷的患者)。

3. 严格遵循规定的评分方法与程序,以确保科间、院际的评价信息比较可信度。

4. 定期将评分结果报告医院相关部门,用于医院对重症医学科资源利用状况及对危重症治疗质量的持续改进。

八、危重患者的收住院流程

急诊或病房电话提示立即收患者;首先了解患者的大致情况;然后医护人员迅速到位,准备监护仪器、常规抢救物品及仪器;患者平放于床上后简单体检;迅速对患者的一般情况作出判断:

1. 患者是否存在危及生命的最危急情况,包括:呼吸、心跳骤停、微弱,气道阻塞等,如有应迅速 CAB。C 指维持循环稳定,包括:①人工胸外心脏按压;电除颤,电复律,药物复律。②迅速开放静脉通道,扩容。A 指开放气道,清除气道异物,气管插管,并判断是否需上呼吸机。B 为维持有效的呼吸。

2. 患者是否存在危及患者生命的危急情况,包括:休克、开放性、张力性血气胸、脑疝、脑干损伤,重要内脏器官损伤等。

常规处理:保持呼吸道通畅,抗休克,闭合开放性血气胸,闭式引流,迅速制止致死性开放性出血 (止血带、加压包扎);监测 CVP,尿量等。

此时,应分三种情况:

(1) 有明确的手术指征:如剖腹、剖胸探查术,开颅血肿清除术,神经、血管探查修复等,即请示上级医师,同时请相应专科会诊,并快速进行术前准备 (备皮、备血,手术及输血同意书、病危通知书,向家属交代病情等),争取最短时间内手术。

(2) 手术指征不甚明确,请示上级医师,并请相关科室会诊,同时要仔细而有重点体检及观察病情变化,询问病因及致病机制,特别是与病情不相符时,应警惕多发伤、复合伤的发生,及时请会诊和请示医院相关领导,必要时中转相应手术抢救治疗。

(3) 无手术指征或暂无手术指征;或到了病情晚期,丧失手术时机的患者,抢救的关键是对疾病的预后和转归有充分的认识及正确的判断。例如:是否有迟发性血肿,活动性出血,是否存在影响呼吸、循环的潜在危险因素等。在针对病因治疗、维持呼吸和循环稳定的同时进行监护,动态观察病情的变化,复查相应的项目:CT、B超、生化指标、凝血功能等。病情出现变化时,应及时请示和会诊,仍无手术希望的患者,给予维持生命为主的支持抢救治疗。如病情出现转机,有中转手术指征的即及时中转手术。