

“三甲创建”应知应会综合手册

(试行)

2024年5月

福泉市第一人民医院三甲办 编印

目 录

第一章	医院概况	1-5
第二章	等级医院评审相关知识	6-13
第三章	应急处理相关知识	14-19
第四章	重点医疗知识掌握	20-39
第五章	护理、院感、公共卫生知识	40-53
第六章	医技科室相关内容	54-61

第一章 医院概况

1. 我院的院训、宗旨、愿景、目标是什么？

答：院训：厚德仁术、求是创新。

宗旨：救死扶伤、守护健康。

愿景：创建省内一流的县（市）级医院。

目标：创建三级甲等综合医院。

功能与任务（了解）：主要承担区域内居民的常见病、多发病诊疗，急危重症抢救与疑难病转诊，职业健康体检，培训和指导基层医疗卫生机构人员，相应公共卫生服务职能以及突发事件紧急医疗救援等工作，是政府向县级区域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。

2. 我院的核定床位数是多少？实际开放床位是多少？

答：我院的核定床位数是 510 张，实际开放床位是 550 张。

3. 请叙述您的岗位职责？

答：根据医院下发的《福泉市第一人民医院岗位职责》，全员熟练掌握本人岗位职责。

4. 何谓“三重一大”？

答：“三重一大”是指重大事项决策、重要干部任免、重大项目安排、大额资金使用。

5. 患者有哪些合法权益？

答：身体权、人格尊重权、生命权、健康权、隐私权、知情同意权、选择权、参与权。

6. 我院院务公开的主要渠道有哪些？

答：（1）职工代表大会；

（2）院务公开栏；

（3）适时召开的各种会议（院周会、科主任、护士长例会）；

（4）公告栏；

（5）医院网站；

（6）微信公众号等等。

7. 要求掌握的质量管理改进方法及常用的质量管理工具有哪些？

答：临床路径及 PDCA 循环管理方法。PDCA 的中文含义为：计划（Plan）——实施（Do）——检查（Check）——处理（Act）。常用的质量管理工具有：鱼骨图、趋势图、流程图、直方图等。

8. 我院的临床重点专科有哪些？

答：省级临床重点专科 5 个：普外科、泌尿外科、心血管内科、骨二科、神经内科。

州级临床重点专科 1 个：全科医学科

9. 医院门诊提供哪些便民措施？

答：（1）门诊开设一站式服务中心，将多个部门需要解决的问题集中在一个窗口解决，例如：办理出生医学证明、疾病证明盖章、慢性病病人开药，病历复印等等。

（2）实行医师认证制度，医务人员佩戴胸卡上岗。

（3）门诊所有窗口岗位实行挂牌服务。

（4）门诊大厅 LED 电子屏滚动显示当日专家、专科医师出诊信息，方便病员选择就医。

（5）门诊部建立导诊、分诊及咨询服务组，配备适量的专职服务人员。

（6）门诊大厅设置咨询服务台，提供挂号、导诊、分诊、咨询等服务。

（7）实行首问负责制。

（8）配备轮椅、平车，主动接送老、弱、残及行动不便的病员就诊、检查。

(9) 离退休干部、70 岁以上老人、残疾人、退役军人优先诊疗。

(10) 推出多种形式预约挂号，优先诊疗。

(11) 门诊大厅免费提供温开水、一次性水杯、雨伞、便民推车。

(12) 门诊各种指示标识规范、明显、准确，方便病员检查、就诊。

(13) 各区域设自助挂号机、缴费机，定点设自助检验报告打印机、自动取款机。

(14) 大厅及各候诊区内设有宣传栏，宣传疾病的预防和治疗的相关知识。

(15) 门诊大厅公开投诉电话，为患者提供医疗诉求。

(16) 规定时间内完成各种检查、化验。

(17) 高峰时段实行弹性排班。

10. 医院是否实行全面预算管理？

答：医院实行全面预算管理。成立医院预算管理委员会，预算管理委员会下设预算管理办公室在财务科，配备预算管理员。各科室配备兼职预算管理员负责科室预算管理工作。

11. 医院预算编制流程是什么？

答：“二上二下”，即：各科室向归口管理科室申报预算，归口管理科室汇总后提交相应管理委员会讨论，讨论通过后报预算管理办公室平衡汇总，预算管理办公室将平衡结果通知归口管理科室调整，归口管理科室通知科室调整，科室调整后再次向归口管理科室申报，归口管理科室再次向预算管理办公室申报，预算管理办公室汇总后提交预算管理委员会审议，审议通过后报医院党委研究后医院行文批复。

12. 医院预算执行原则是什么，每年预算编制时间是多久？

答：先预算后审批，无预算不开支。每年10月左右安排编制次年预算，具体时间以主管部门通知时间为准。

13. 医院是否实行全成本核算管理？

答：医院实行全成本核算管理。成立成本核算管理委员会，财务科是承担全成本核算管理的职能科室，配备成本核算管理员。各科室配备兼职成本管理员，负责科室成本核算管理工作。

第二章 等级医院评审相关知识

1. 医院评审的原则和方针是什么？

答：医院评审坚持政府主导、分级负责、社会参与、公平公正、纪律严明的原则，贯彻“以评促建、以评促改、评建并举、重在内涵”的方针，重点围绕质量、安全、服务、管理、绩效等方面，充分利用信息化手段，快速准确地获取相关医疗数据，开展全面评价，体现以人民健康为中心的理念。

2. 医院评审周期为几年？

答：医院评审周期为 4 年。

3. 等级医院评审申请与受理？

答：（1）新建医院、级别或类别发生变更的医院在待审期满后第一年的 5 月 31 日前，向相关卫生健康行政部门提交首次评审申请。

（2）已有等次的医院在评审周期内最后一年的 5 月 31 日前，向相关卫生健康行政部门提交复审申请。

（3）医院申请评审前，应当按照相应医院评审标准及其实施细则完成自评。

4. 医院在提交评审申请材料前，应当开展不少于几个月的自评工作？

答：医院在提交评审申请材料前，应当开展不少于 6 个月的自评工作。

5. 三级医院评审结论如何分？

答：各级医院评审结论分为甲等、乙等、未定等、不合格。

6. 卫生行政部门应当对评审结论为“不合格”的医院下达整改通知书。给予几个月的整改期？

答：卫生行政部门应当对评审结论为“不合格”的医院下达整改通知书，给予 3-6 个月的整改期。

7. 医院整改期后卫生行政部门如何判定评审结论？

答：医院整改期满后未在规定时间内提出再次评审申请的，相关卫生健康行政部门应当直接判定再次评审结论为不合格。再次评审不合格的医院，由相关卫生健康行政部门予以降低一个级别，并按照未定等进行管理。

8. 医院在评审过程中出现哪些情形，应终止评审？

答：（1）有群众来信、来访反映医院重大违法、违规、违纪行为，并提供明确线索需进行调查核实的；

（2）违反评审纪律，影响评审专家的公正公平性，干扰评审专家工作的；

（3）发生重大涉稳事件、安全生产事故、重大医疗纠纷或其他不可抗力原因致现场评审工作无法完成的；

（4）相关卫生健康行政部门规定的其他情形。中止情形排除后，应立即启动评审程序。

9. 医院在评审过程中出现哪些情形，应终止评审，并直接判定评审结论为不合格？

答：（1）提供虚假评审资料，有伪造、涂改病历及有关档案资料等弄虚作假行为的；

（2）有群众来信、来访反映医院在评审周期内存在重大违法、违规、违纪行为，并提供明确线索，已经查实的；

（3）在评审过程中存在向评审专家赠送礼品、礼金、有价证券或购物卡等行为经查证属实的；

（4）相关卫生健康行政部门规定的其他情形。

10. 医院评审各部分分值？

答：第一部分前置要求。共设 3 节 26 条，不设分值。

第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据。共设五章 80 节 601 条监测指标，总分 600 分。赋分方法：第一章资源配置与运行数据指标，共有 5 节 33 条监测指标，总分值 73 分；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标，共有 3 节 54 条监测指标，总分值 179 分；第三章重点专业质量控制指标，共有 18 节 227 条监测指标，总分值 180 分；第四章单病种（术种）质量控制指标，共 51 个单病（术）种，共 205 条监测指标，总分值 120 分；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标，共 3 节 82 条监测指标，总分值 48 分。

第三部分：本部分总分 400 分。共设三章 24 节 185 条，558 款评分细则。赋分方法：细则设 A 款、B 款两种类别，其中，A 款共计 242 款，设 1 分、0.5 分、0 分三个评分档次，B 款共计 316 款，设 0.5 分、0.25 分、0 分三个评分档次。评审员根据现场评价中各条款的符合程度进行评分。

11. 三级甲等综合医院评审结果要达到什么要求？

答：三级甲等综合医院评审得分实行千分制。第一部分前置要求为“一票否决”项，不设分值；第二部分权重占总得分 60%；第三部分权重占总得分 40%。评审结果判定原则如下：判定为甲等的，总分不得低于 850 分，且第二部分不得低于 480 分、第三部分得分不得低于 360 分；判定为乙等的，总分不得低于 750 分，且第二部分不得低于 420 分、第三部分得分不得低于 320 分；判定为未定等的，总分不得低于 600 分。低于 600 分的，该次评审为不合格。

12. 数据采集原则

答：（1）数据统计周期为全评审周期。

（2）评价指标在评审周期内要求的，数据从要求发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

（3）按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据，按年度获取的数据，直接采用。

（4）需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下原则：

a. 规模类和配比类，最后一年的数据必须达标。

b. 连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

13. 评分规则

答：（1）规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，达到标准予以“满分”，否则计“零分”。

（2）连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

14. 数据核查原则

答：（1）现场检查时，对本部分数据进行现场复核，现场复核数据比例不少于医疗机构上报数据的20%。

（2）医疗机构应当根据现场评审专家组的的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

（3）医院提供值与核查真实值差距在10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。

(4) 所有错误数据，应按核查后的数据结果再次计算，并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）-以上	不予通过

15. 评审方法

答：评审员可采用下列方法对实施细则内逐款进行符合程度评判：

【文件查阅】：查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、制度、应急预案、规范、流程、计划、报告、总结等资料。

【记录查看】：查看医院和科室的工作记录，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料，不包括患者个人相关的资料。

【员工访谈】：指现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

【现场检查】：评审现场通过目视检查医院和科室的设备设施、环境、标识标牌，员工行为和协作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

【员工操作】：评审现场要求员工完成特定操作的内容。

【患者访谈】：评审员对患者或家属开展访谈。

【病历检查】：评审现场对运行病历进行检查。

【病历检查】：评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

【数据核查】：同第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”第六点“数据核查原则”。

第三章 应急处理相关知识

1. 我院投诉处理部门及电话是什么？

(1) 我院专门有统一受理、处理行风及服务态度投诉管理部门: 医疗纠纷办(门诊四楼), 并实行“首诉负责制”。

投诉电话: 院办电话(院总值班电话):
0854-2222529

接待时间: 全天 24 小时

(2) 上级投诉部门: 市卫生健康局:
0854-2222804

(3) 医疗纠纷处理流程: 医疗纠纷发生后立即通知上级医师或科室主任, 以上两者接到通知和了解情况后, 通知并配合医疗纠纷办处理医疗纠纷。

行风及服务态度投诉: 0854-2222529

保卫处服务电话: 0854-2224577

医疗纠纷处理的 5 个途径: 医患双方自愿协商、医疗纠纷人民调解委员会调解、行政调解、向人民法院提起诉讼和法律、法规规定的其他途径。

2. 各科室安全注意事项有哪些？

- (1) 门把、门锁功能正常。
- (2) 防火通道、出口标志清楚、标识明显。
- (3) 出口、走道不可堆积物品阻挡出入。
- (4) 防火门、窗、电动铁卷门不可被遮蔽。
- (5) 工作人员熟悉中央控制气阀位置及使用
方法并有专人负责。
- (6) 拖地时清洁人员应摆置警告标识。
- (7) 储物区整洁不可阻挡出口、走道。
- (8) 全员熟悉氧气阀使用方法。
- (9) 走廊通道和防火门无任何障碍物阻挡。

3. 突发公共事件主要分为哪几类？医院事故灾害事件包括哪些内容？

答：(1) 突发公共事件是指突然发生，造成或者可能造成重大人员伤亡、财产损失、生态环境破坏和严重社会危害，危及公共安全的紧急事件。

医院事故灾害事件分为：自然灾难、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件四大类。

(2) 医院事故灾害事件包括：医院建筑物发生的火灾、倒塌、拥挤踩踏等重大安全事故，大型群体活动公共安全事件，造成重大影响和

损失的后勤供水、电、热、气等事故，重大环境污染和生态破坏事故，影响医院安全与稳定的其他突发灾难事故等。

4. 医院哪些事件属于特别重大突发公共卫生事件一级？

答：（1）肺鼠疫、肺炭疽、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例、群体性不明原因疾病、新传染病或我国已消灭的传染病等达到国务院卫生行政部门确定的特别重大突发公共卫生事件标准的；

（2）医院实验室保存的烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失；

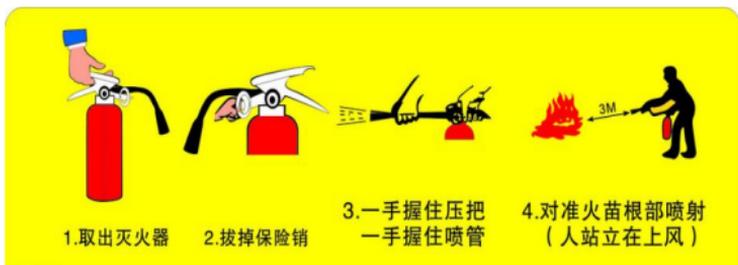
（3）发生在医院的、国务院卫生行政部门认定的其他特别重大突发公共卫生事件。

5. 突发事件报告应包括哪些内容？

答：（1）必须报告的信息包括：事件名称、发生地点、发生时间、波及人群、潜在的威胁、影响和转归、报告人及通讯方式等。

（2）尽可能报告的信息：事件的性质、范围、危险程度、可能原因、已采取的措施、发生死亡的分布及可能的发展。

6. 消防安全与火灾应急处理



遇火灾报警电话: 119

(1) 消火栓的使用方法:

第一步: 打开消火栓门, 按下内部消火栓按钮 (按钮是报警和启动消防泵的)。

第二步: 一人接好枪头和水带奔向起火点。

第三步: 另一人接好水带和阀门口。

第四步: 逆时针打开阀门水喷出。注: 电起火要确定切断电源。

(2) 干粉灭火器使用: 一拔、二握、三瞄、四扫 (口诀): “拔” 即拔下压把根部的保险销;

“握” 即两手分别握住压把及喷嘴管;

“瞄” 即瞄准火焰根部;

“扫” 即扫灭着火部位。

注意: 一定要站在火焰的上风或侧风方向, 并保持 2 米以上的安全距离进行灭火。

(3) 判断灭火器是否有效的方法:

a. 看压力表, 如果指针在红色区域表示压力不够, 不能有效使用了;

b. 如果在绿色区域表示正常;

c. 如果在黄色区域则表示压力偏高, 也是可以使用的:

d. 看生产日期, 是否在有效期内。

7. 停电应急处理

(1) 立即向总务科报告停电故障。总务科电话: 17784844591

(2) 启动科室备用应急照明(应急灯、手电筒)。

(3) 医务人员巡视患者情况, 作好解释工作。通知患者及家属留在原位, 防止混乱而导致其他突发事件的发生。

(4) 评估危重患者并提供应急措施。如使用呼吸机的改用便携式呼吸机或简易呼吸器、监护仪改用充电监护仪、静脉维持用药的改用充电微泵等。做好相应记录, 及时汇报主管领导或院总值班。

(5) 总务科尽快组织抢修。

8. 停水应急处理:

(1) 通知总务科尽快抢修。

(2) 医务人员加强病情观察,做好病情记录,及时汇报主管领导或院总值班。

(3) 当发生重大突发事件或遭受自然灾害导致全院范围停水:医务人员根据停水情况,必要时取消接台手术和择期手术,向患者及家属做好解释工作。

9. 氧气故障应急处理:

(1) 中央供气(氧气、空气)故障:立即通知总务科。

(2) 氧气瓶故障:立即通知总务科。电话:17784844591

10. 信息系统故障应急处理:网络、信息系统故障(网络、计算机、打印机等办公设备),服务电话:0854-2219875。

第四章 重点医疗知识掌握

1. 急诊预检分诊是指？

答：根据疾病的严重程度、隶属专科、治疗的优先原则，合理利用急诊资源，对急诊患者进行快速分类，以确定救治或进一步处理的优先次序过程。

(1) 根据美国使用的检伤分类标准，急诊患者可分为 I、II、III、IV 级患者。I 级为濒危患者(立即处理)，II 级为危重患者(5-10 分钟内处理)，III 级为急症患者(30 分钟内处理)，IV 级为非急症患者(可延后处理或劝说去看门诊)。根据 2008 年 5 月 15 日，印发(卫发明电【2008】47 号)，分为：第一优先(红色伤票，非常严重的创伤及时救治即有生存机会)，第二优先(黄色伤票，重大创伤，可短暂等候而不危及生命)，第三优先(绿色伤票，损伤可延迟处理)，第四优先(黑色伤票，死亡或无可救治的创伤)。

(2) **急诊实行首诊负责制**，不得以任何理由拒绝或推诿急诊患者、对危重急诊患者按照“先及时救治，后补交费用”的原则救治。确保急诊救治及时有效。

(3) 急诊患者留观时间不超过 72 小时。

(4) 相关科室医护人员须熟知急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭的急诊服务流程与规范。

2. 急危重症患者“绿色通道”的实施范围和流程

答：(1) 定义：医院急救“绿色通道”指医院在抢救急危重症患者时，为挽救其生命而设置的畅通的诊疗过程，所有工作人员应对进入“绿色通道”的患者提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

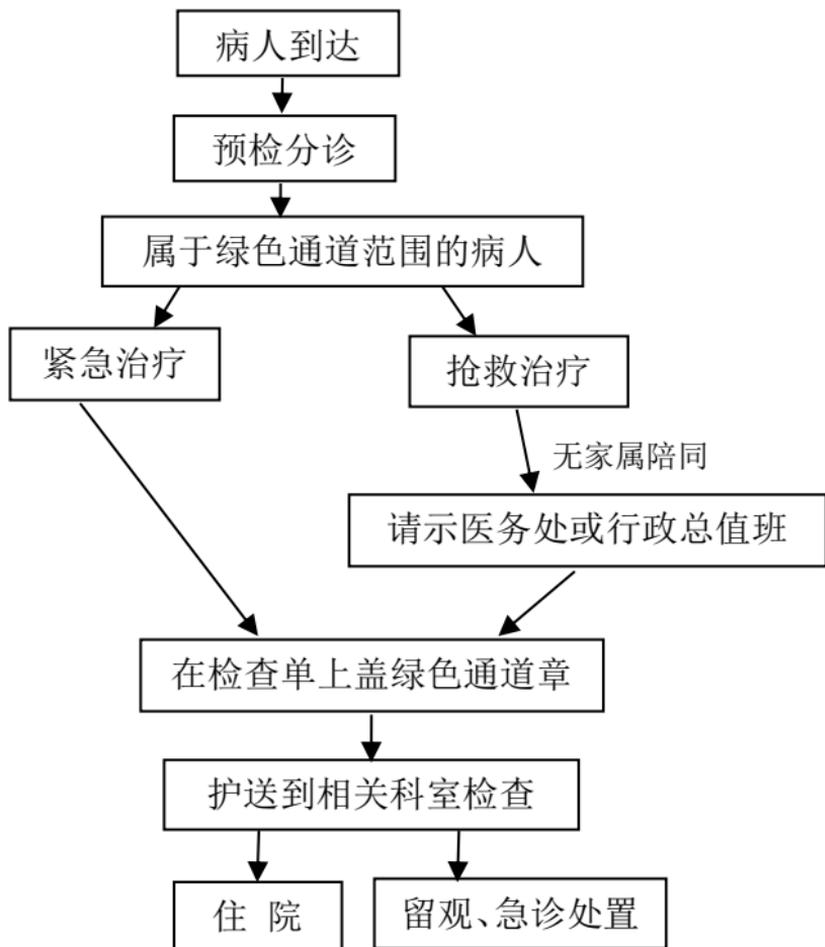
(2) 绿色通道的范围

a. 休克、昏迷、循环呼吸衰竭或骤停、严重心律失常、急性重要脏器功能衰竭生命垂危、严重创伤等患者的急诊抢救。

b. 110、120 及其他部门转送的“三无”患者（无钱、无家属、无身份证明）的急诊抢救。

c. 重大突发公共事件（交通事故、中毒等）中患者的急诊抢救。

急诊绿色通道服务流程：



3. 《患者安全目标》中鼓励患者参与医疗安全的相关制度有哪些？

答：《医患沟通制度》、《查对制度》、《关于尊重和维护患者合法权益的制度及措施》、《患者身份识别制度》、《健康教育制度》等。

4. 《患者十大安全目标》（2023版）

答：目标一：正确识别患者身份

目标二：强化手术安全核查

目标三：确保用药安全

目标四：减少医院相关性感染

目标五：落实临床“危急值”管理制度

目标六：加强医务人员有效沟通

目标七：防范与减少意外伤害

目标八：鼓励患者参与患者安全

目标九：主动报告患者安全事件

目标十：加强医学装备及信息系统安全管理

5. 什么是医疗质量安全（不良）事件？

答：医疗（安全）不良事件指在临床诊疗工作中以及医院运行过程中，任何非疾病本身造成的损害而可能影响患者的诊疗结果、

增加患者痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

按事件的严重程度分 4 个等级：

I 级事件（警告事件）——非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

II 级事件（不良后果事件）——在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的病人机体与功能损害。

III 级事件（未造成后果事件）——虽然发生了错误事实，但未给病人机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

IV 级事件（隐患事件）——由于及时发现错误，但未形成事实。

6. 我院手术安全核查制度规定核查人员及核查时间分别是？

答：核查人员：具有执业资质的手术医师、麻醉医师、巡回护士。

核查时间：麻醉实施前、手术开始前和患者术后离开手术室前，并核对后签名。

7. 医务人员接获危急值后如何处置？

答：医务人员在工作站接获危急值后，必须规范、完整的记录危急值结果和报告者的姓名与电话，进行复述确认并及时通知值班或经管医师做出处理，以便迅速给予患者有效的干预或治疗，处理医师应做好记录并做好登记。

8. 什么叫首诊负责制度？

答：首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。

9. 三级医师查房时间分别是什么？

答（1）副主任或主任医师查房每周至少 2 次，应有主治医师、住院医师、进修医师、规培及实习医师和有关人员参加。

（2）主治医师查房对新入院患者 24 小时内完成首次查房。

（3）主治医师查房，每周至少 3 次，应有住院医师、进修医师、规培及实习医师及相关人员参加。

（4）住院医师查房工作日每天查房至少 2 次，非工作日每天查房至少 1 次，急危重、疑难、待诊断、新入院、围手术期患者重点查房，

值班期间加强巡视、发现病情变化及时处理、并报告上级医师。

(5) 术者必须亲自在术前和术后 24 小时内对手术患者查房。

10. 十八项医疗质量安全核心制度是哪些？

- 答：
- (1) 首诊负责制度；
 - (2) 三级医师查房制度；
 - (3) 分级护理制度；
 - (4) 术前讨论制度；
 - (5) 疑难病例讨论制度；
 - (6) 死亡病历讨论制度；
 - (7) 查对制度；
 - (8) 手术分级管理制度；
 - (9) 危急重患者抢救制度；
 - (10) 病历管理制度；
 - (11) 值班和交接班制度；
 - (12) 临床用血审核制度；
 - (13) 会诊制度；
 - (14) 手术安全核查制度；
 - (15) 新技术新项目准入管理制度；

- (16) 危急值报告制度；
- (17) 抗菌药物分级管理制度；
- (18) 信息安全管理制制度。

11. 如何开展术前讨论制度？术前讨论制度讨论内容是什么？

答：四级手术由科主任或其授权的（副）主任医师主持进行多学科讨论，三级手术、新开展的手术及非计划再次手术由科主任或其授权的（副）主任医师主持进行本科室医师团队讨论，一、二级手术由术者主持讨论。术前讨论重点是术前诊断、手术指征、手术方式、术前准备、手术的预期效果、手术风险、术中术后可能出现的风险及应对措施等内容。

12. 哪些病例需要开展疑难病例讨论，讨论时限是多久？

答：（1）入院后三日内不能确诊的，需进行科室内讨论；五日内仍未确诊的，需组织全院讨论。

（2）入院后主要病情五日内不能控制的，需进行科室内讨论；八日内仍不能控制的，需组织全院讨论。

13. 死亡病例讨论时间是多久？

答：死亡讨论应当在患者死亡后 1 周内进行讨论，如为特殊病例，科室则应及时组织讨论，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。

14. 《病历书写基本规范》关于医疗文书书写的时间规定？

答：入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成，抢救记录应当在抢救结束后 6 小时内据实补记；首次病程记录应当在患者入院 8 小时内完成；主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成；死亡记录应当在患者死亡后 24 小时内完成。

15. 重大（特殊）手术报告审批制度和流程是什么？

答：（1）重大（特殊）手术界定及手术权限

重大（特殊）手术指技术难度大、手术过程复杂、手术风险度大、有潜在医疗安全隐患的各种手术。具体如下：

●高度风险手术，患者年龄超过 70 岁、基础病较多、病情较严重、特殊体质、紧急手术无人签署知情同意书等；

- 特殊新技术新项目、科研手术；
- 我院《手术分级管理制度》中规定的四级手术中难度特别大，过程尤其复杂者；
- 被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞，特殊保健对象如高级干部、著名专家、学者、知名社会人士以及民主党派当地负责人；
- 无主患者。有潜在的引起医疗纠纷的手术，进入司法程序患者的手术；
- 各种诊断不明的探查手术、24小时内再次手术、非计划再次手术、预知预后不良的手术等；
- 邀请外院医师来本院参加手术者、异地行医必须按照《执业医师法》、《医师外出会诊制度》等相关规定执行；
- 可能导致毁容或致残的手术；
- 器官切除及大器官移植。
- 其他规定的属于重大（特殊）手术。

副主任医师及以上职称手术医师方可主持重大手术，包括一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。对资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格

者，但手术医师的手术权限均不可超出我院的手术权限。

(2) 重大手术审批权限

重大手术审批权限是指对拟施行的重大手术（包括不同情况、不同类别手术）的审批权限。

●**资格准入手术**: 资格准入手术是指按省卫生厅的规定，需要专项手术资格认证或授权的手术。由省卫生厅或其认可的专业学术机构向医院以及手术医师颁发专项手术资格准入证书或授权证明。已取得相应类别手术资格准入的手术医师才具有主持资格准入手术的权限。任何级别的资格准入手术均需报医务科审批，手术科室主任签发手术通知单。

●**高度风险手术**: 高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后，填写《重大、特殊手术申请审批表》后交医务科、分管院长审核签字同意后，手术科室科主任负责核发手术通知单（附《重大、特殊手术申请审批表》一并交手术室）。

●**新技术、新项目、科研手术**: 一般新技术、

新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论，科主任签字同意后，填写《重大、特殊手术申请审批表》后交医务科、分管院长审核签字同意后，手术科室主任签发手术通知单（附《重大、特殊手术申请审批表》一并交手术室）。特殊高风险的新技术、新项目、科研手术由医院上报卫生行政主管部门审批同意后方能在医院实施。

●其他特殊手术：可能导致毁容或致残的，已经或预期可能引致司法纠纷的，本院因术后并发症需再次手术的，外院医师会诊主持手术的（异地行医必须按执业医师法有关规定执行），以上手术，须经科内讨论，科主任签字同意，填写《重大、特殊手术申请审批表》后交医务科、分管领导审核签字同意后，由手术科室科主任签发手术通知单（附《重大、特殊手术申请审批表》一并交手术室）。

（3）重大手术管理要求

●在急诊手术、探查性手术或非预期的中转手术中，如必须施行超医院手术权限的手术，在不影响病人安全的前提下，应邀请上级医院会诊。

●科研项目手术必须征得患者或直系家属同意。

●超权限手术的审批程序：由科室提出申请，填写《重大、特殊手术申请审批表》后经医务科提交医院医疗技术临床应用管理领导小组批准。申请批准时需提供以下材料：①相关科室、医护人员学历、职称、资格准入证明、技术开展情况、设备、基础设施条件及日常技术质量考核情况。②近二年本科室医疗事故争议、重大医疗差错、医疗事故发生情况统计。③开展新手术的可行性论证报告。④人员进修学习情况，是否有上级指导医师。⑤其他需要提供的资料。

●对违反本制度超权限手术的责任人，将追究相关人员的责任，对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。重大（特殊）手术申报审批制度是规范医疗行为，保障医疗安全，维护病人利益的有力措施，各科室必须严格遵照执行。

（4）重大手术报告审批程序

●一般的四级手术、新技术、新项目手术经科内讨论，讨论内容记录于专用记录本，整理

后以专页存入病历。

●《重大、特殊手术申请审批表》报批前，经治或手术医师必须与患者本人或直系亲属谈话。实事求是地全面介绍手术适应症、手术方案、手术及麻醉的意外及风险、术后并发症及可能发生的后果。征得患者家属或代理人同意并签字备案。

●主管医师填写《重大、特殊手术申请审批表》，经科主任审核签字同意。

●主管医师携带填好的《重大、特殊手术申请审批表》一式两份、术前讨论一份，于手术前至少 1 天交医务科或分管业务副院长审批签字同意。

●签字审批后的《重大、特殊手术申请审批表》一份存于病历，一份交医务科备案，方可实施。

●开展重大、高风险的新手术，上报医务科并经医疗技术临床应用管理领导小组、医学伦理委员会评审通过后方能在医院实施。

●手术科室、麻醉科、手术室、病理科、输血科等手术相关科室充分做好术前准备；麻醉科做好监督工作，所有拟开展重大、特殊手术

的患者病历中没有完善签字的《重大、特殊手术申请审批表》，麻醉科除向医务科报备外，有权停止手术的实施。

●审批表必须在电子病历系统中填写齐全，并提交，纸质资料签字手续完备。审批表中严禁涂改、拭擦。上述情况如有违反一律退回，以免导致意外情况。

●遇挽救生命的抢救手术时，手术医师口头报科主任、医务科、院总值班备案批准后执行，同时注意将相关意见如实记录于病历中，术后24小时内按相关审批程序补齐资料交医务科备案。

术中发现患者病情与术前估计不一致或出现意外情况，除及时要求会诊外，应及时向病人直系家属说明，并上报科主任及医务科。

16. 医疗技术临床应用论证制度是什么？

答：（1）医疗技术分类

根据《医疗技术临床应用管理方法》（国卫医令201811号），医疗技术分为三类。

第一是禁止类技术。

●临床应用平安性、有效性不确切。

●存在重大伦理问题。

- 该技术已经被临床淘汰。

- 未经临床研究论证的医疗新技术。

第二是需要重点加强管理的医疗技术（以下简称限制类技术），分为国家类限制类技术和省级限制类技术：

- 技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的。

- 需要消耗稀缺资源的。

- 涉及重大伦理风险的。

- 存在不合理临床应用，需要重点管理的。

第三是除禁止类技术和限制类技术以外的技术。

（2）医疗技术的论证程序：

a. 自我评估

- 拟开展的医疗技术属于本院首次应用的医疗技术。

- 申请科室或负责人对拟开展的医疗技术所产生的社会效益和经济效益进行自我评估并写出自评报告。

- 填写《医疗新技术准入临床应用申请书》并报送至医务科。

b. 规范性审查:

●医务科对申请资料进行规范性审查。(合格后启动论证,不合格那么退回申请科室进行重新评估与填写审批表)。

c. 启动论证: 确定审核专家成员(包含医疗伦理管理委员会与医疗技术临床应用管理委员会),对拟开展的新医疗技术申请,进行医疗平安性与伦理平安性的讨论。

d. 审核:

●经专家组论证后,进行现场审核并提交审核意见,完成医疗技术临床应用审批结论;

●审核合格的,通知申报科室在临床应用相应的医疗技术,如该技术为限制类医疗技术的,还应准备完善的资料进行备案管理;

●审核不合格的,专家组提出整改意见,待申请科室整改后重新启动论证与审核评估。

凡未经院医疗技术临床应用管理委员会及上级管理部门批准开展的项目,各科室不得自行开展,否则将追究科主任或科室负责人责任。

17. 静脉血栓栓塞定义是什么?

答:静脉血栓栓塞症(VTE)是指某条静脉内血栓形成(最常见于下肢及盆腔静脉)、脱

落所引起的一系列近、远期临床症候群。VTE 包括致命性肺动脉栓塞（PE）和深静脉血栓形成。

18. VTE 发生的三大原因是什么？（见下图）



19. VTE 的临床表现是什么？

答：（1）深静脉血栓形成（DVT）表现：患肢肿胀、疼痛、活动后加重、皮肤发红发热、下肢极度肿胀可伴有水泡、皮肤呈青紫色。

（2）肺栓塞（PE）表现：如胸疼、咳嗽、咳血、心悸、晕厥、呼吸困难、气促等。属于不明原因的，如不及时治疗可在 1 小时内死亡。

（3）如发生静脉血栓栓塞症该怎么办：发生深静脉血栓形成（DVT）时，患肢要制动、抬高，禁止热敷、按摩，及时告诉医务人员，非住院者及时送医院就诊。

20. 住院患者之所以容易发生 VTE，与哪些危险因素有关？

答：（1）患者因素：卧床 ≥ 72 小时，既往 VTE 病史、高龄、脱水、肥胖、遗传和获得性易栓、妊娠及分娩等。

（2）外科因素：手术、创伤、烧烫伤、各种有创操作等。

（3）内科因素：恶性肿瘤、危重疾、脑卒中、肾病综合征、骨髓增殖性疾病、阵发性睡眠性血红蛋白尿、静脉曲张、炎性肠病等。

（4）治疗相关因素：肿瘤化疗和放疗、中心静脉置管、介入治疗、雌激素或孕激素替代治疗、促红细胞生成、机械通气、足部静脉输液等。

21. VTE 重点关注的三个关键动态时间点是什么？

答：一是入院后 24 小时内；二是病情或治疗变化时，如进行手术或介入操作（术前 24 小时内、术中、术后 24 小时内）、转科（转科后 24 小时内）、护理级别发生变化、报/停病危（病重）等特殊状况；三是出院前 24 小时内。

22. 静脉血栓栓塞症（VTE）预防措施是什么？

答：主要包括基础预防、机械预防、药物预防、机械联合药物预防等。

第五章 护理、院感、公共卫生知识

1. 护理核心制度

(1) 查对制度。医嘱查对制度；服药、注射、输液查对制度；输血查对制度；手术查对制度；供应室查对制度；静配中心查对制度。

(2) 分级制度。

(3) 交接班制度。

(4) 护理安全管理制度。

(5) 不良事件报告管理制度。

(6) 消毒隔离制度。

(7) 医嘱执行制度。

(8) 病历书写基本规范与质量监管制度。

其中，分级制度内容有：

「分级护理原则」

a. 确定患者的护理级别，应当以患者病情和生活自理能力为依据，并根据患者的情况变化进行动态调整。

b. 具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理：

●病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；

- 重症监护患者；
- 各种复杂或者大手术后的患者；
- 严重创伤或大面积烧伤的患者；
- 使用呼吸机辅助呼吸,并需要严密监护病情的患者；

- 实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的患者；

- 其他有生命危险,需要严密监护生命体征的患者。

c. 具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理：

- 病情趋向稳定的重症患者；
- 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

- 生活完全不能自理且病情不稳定的患者；
- 生活部分自理,病情随时可能发生变化的患者。

d. 具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理：

- 病情稳定，仍需卧床的患者；
- 生活部分自理的患者。

e. 具备以下情况之一的患者，可以确定为三级护理：

- 生活完全自理且病情稳定的患者；
- 生活完全自理且处于康复期的患者。

「分级护理要点」

a. 护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。

b. 实施的护理工作包括：

- 密切观察患者的生命体征和病情变化；
- 正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应；
- 根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- 提供护理相关的健康指导。

c. 对特级护理患者的护理包括以下要点：

- 严密观察患者病情变化，监测生命体征；
- 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- 根据医嘱，准确测量出入量；
- 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

- 保持患者的舒适和功能体位;
- 实施床旁交接班。
- d. 对一级护理患者的护理包括以下要点:
 - 每小时巡视患者, 观察患者病情变化;
 - 根据患者病情, 测量生命体征;
 - 根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施;
 - 根据患者病情, 正确实施基础护理和专科护理, 如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等, 实施安全措施;
 - 提供护理相关的健康指导。
- e. 对二级护理患者的护理包括以下要点:
 - 每 2 小时巡视患者, 观察患者病情变化;
 - 根据患者病情, 测量生命体征;
 - 根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施;
 - 根据患者病情, 正确实施护理措施和安全管理措施;
 - 提供护理相关的健康指导。
- f. 对三级护理患者的护理包括以下要点:
 - 每 3 小时巡视患者, 观察患者病情变化;
 - 根据患者病情, 测量生命体征;
 - 根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施;
 - 提供护理相关的健康指导。

g. 护士在工作中应当关心和爱护患者，发现患者病情变化，应当及时与医师沟通。

「护理质量管理」

a. 建立健全各项护理规章制度、护士岗位职责和行为规范，严格遵守执行护理技术规范、疾病护理常规，保证护理服务质量。

b. 及时调查了解患者、家属对护理工作的意见和建议，及时分析处理，不断改进护理工作。

c. 加强对护理不良事件的报告，及时调查分析，防范不良事件的发生，促进护理质量持续改进。

d. 定期对护理工作进行质量评估与检查。

附：死亡病员料理事项

●经医师检查证实死亡的病员方可进行尸体料理，护士对其家属应予心理的安慰。

●医师填写死亡通知单，通知死者家属或单位。

●需有两人在场检查死者有无遗物，如钱、票证、衣物等各种物品，交给死者家属或单位。如家属和单位不在，应交由护士长保存。

●当班护士要用棉花塞好死者之口、鼻、耳、肛门、阴道等。如有伤口或排泄物，应擦洗干

净包好，使两眼闭合。穿好衣服，用大单包裹，系上死亡卡片，通知殡仪馆接尸体。

●整理病室，拆走床单、被褥等物，通风换气，床铺、床头柜按常规消毒处理。如系传染病员，即按传染病消毒制度处理。

●整理病案，完成护理记录。

2. 执行医嘱及各项处置时“三查、八对”分别是什么？

答：三查：操作前、操作中、操作后查；

八对：对床号、姓名、药名、浓度、剂量、时间、用法、药物的有效期（批号）。

3. 传染病管理

（1）传染病是由病原体（如细菌、病毒、寄生虫等）所引起的，能在人与人或人与动物之间相互传播的一类疾病。

（2）传染病三要素：传染源、传播途径、易感人群。

（3）报告病种

我国法定传染病共 41 种

a. 甲类传染病：鼠疫、霍乱（2 种）。

b. 乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病

性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、人感染 H7N9 禽流感、新型冠状病毒肺炎、猴痘（28 种）。

其中：乙类按甲类管理的传染病有：“传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽、人感染高致病性禽流感”。

c. 丙类传染病：流行性感 冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病、手足口病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病（11 种）。

d. 肺结核病例

对于门诊就诊的疑似肺结核病例或纳入管理的开药病例都应及时转诊到感染科或结核门诊处理。

对于住院疑似肺结核病例在本科室主要疾病治疗好转后应及时转诊感染科或结核门诊并完善相关转诊资料及登记结核转诊登记簿（身

份证、合医本、胸部片子及报告单、血常规、血沉、HIV、结核抗体、肝肾功能、血糖、痰涂片、结核分枝杆菌、患者体重)

e. 艾滋病病例

艾滋病初筛阳性病例，由检验科完善相关资料后递送省临床检验中心，待临床检验中心反馈结果后由预防保健科进行信息反馈及报告（阳性当日进行网络直报并由抗病毒门诊及时纳入管理治疗、不确定 2-4 周后从新送检），临床医护人员应做好个人防护及终末消毒。

f. 报告时限

甲类传染病和按照甲类管理的传染病或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应于 2 小时内将传染病报告卡通过网络报告。对其他乙、丙类传染病应于 24 小时内进行网络报告。

4. 食源性疾病监测

(1) 食源性疾病是指通过摄食途径进入机体的各种致病因子引起的、通常具有感染性质或中毒性质的疾病总称，包括食物中毒。

(2) 食源性疾病包括三大基本要素：食品、致病因子、中毒性或感染性表现。

(3) 报告时限及程序：食源性疾病的网报

时限为 2 个工作日，当出现 2 例及 2 例以上的为食源性疾病爆发(1 例及 1 例以上死亡为突发公共卫生事件)，必须在 2 小时内电话报告预防保健科并填写《食源性疾病报告卡》，预防保健科了解情况后及时电话上报分管副院长、市卫生健康局、市疾控中心、市市场监督管理局等。

5. 慢性病监测

(1) 心脑血管事件报告和肿瘤报告均实行首诊负责制。

(2) 心脑血管事件报告病种包括：急性心梗、心源性猝死、脑卒中，均为以上疾病的急性发作事件，不包括陈旧性和处于恢复期的病例，报告周期为 28 天。

6. 死因监测

在医疗机构或来院途中死亡(含出诊医生到现场已死亡)的患者，均需接诊人员在 24 小时内填写《居民死亡医学证明书》，并上报于预防保健科。对于未经救治或死因不明确的死亡病例在开具《居民死亡医学证明书》时一律要填写调查报告。包括既往史，现病史、生活史和治疗史。

7. 什么是医院感染？

答：指住院病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染，但不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。

8. 医院感染发生必须具备哪三个环节？

答：医院感染是由病原微生物经过一定的传播途径，进入易感宿主体内引起的，必须具备三个环节，即：感染源、传播途径、易感宿主，又称感染链，只有当三个环节同时存在，才能构成医院感染。

9. 什么是医院感染暴发？

答：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

10. 何谓标准预防，其基本特点？

答：（1）标准预防是基于患者的血液、体液、分泌物（不包括汗液）、非完整皮肤和粘膜均可能含有感染性因子的原则，针对医院所有患者和医务人员采取的一组预防感染措施。

（注：包括手卫生，根据预期可能暴露穿戴手套，隔离衣、口罩、帽子、护目镜或防护面屏

等个人防护用品，安全注射，以及以及穿戴合适的防护用品处理污染的物品和器械等）。

(2) 基本特点:

a. 既要防血源性疾病传播，又要防止非血源性疾病传播。

b. 强调双向防护，既防止疾病从患者传至医务人员，又要防止疾病从医务人员传至病人。

c. 根据疾病的主要传播途径，采取相应的隔离措施，包括接触隔离（蓝色标识）、空气隔离（黄色标识）、飞沫隔离（粉色标识）。

11. 控制医院感染最简单、最有效、最方便、最经济的方法是什么？

答：规范有效的洗手。

12. 什么是手卫生？

答：为医务人员在从事职业活动过程中洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

13. 洗手与卫生手消毒指征？

答：（1）接触患者前。

（2）清洁、无菌操作前，包括进行侵入性操作前。

（3）暴露患者体液风险后，包括接触患者黏膜、破损皮肤或伤口、血液、体液、分泌物、

排泄物、伤口敷料等之后。

(4) 接触患者后。

(5) 接触患者周围环境后，包括接触患者周围的医疗相关器械、用具等物体表面后。

14. 空气、飞沫、接触传播的隔离标志是什么？

答：空气传播-----黄色，飞沫传播—粉色，接触传播---蓝色

15. 多重耐药菌的定义？

答：主要是指对临床使用的三类或三类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。

16. 多重耐药菌医院感染监控流程中，护士怎么做？

答：(1) 接到微生物室电话报告后，通知医生，并及时处理医生下达的“接触隔离”医嘱；

(2) 病床挂接触隔离（蓝色）标识；

(3) 严格执行手卫生等接触隔离控制措施；床旁放置快速手消毒剂；向病人及家属宣教（手卫生等）；

(4) 严格限制探视制度；

(5) 告知并督导护工和清洁工对 MDRO 感染患者诊疗床单元的清洁消毒；对医护人员接触的物体表面进行擦拭消毒；

(6) 与患者接触的相关医疗器械、器具及物品（如体温表、血压计等）使用后进行消毒处理；

(7) 医疗废物用双层黄色袋，密闭包装处置和交接签名，防止锐器伤。

(8) 做好患者转科或外出检查的告知工作；

(9) 症状转阴后，执行解除“接触隔离”医嘱，进行终末消毒（床单元和病人所用医疗器械等）。

17. 多重耐药菌医院感染监控流程中，医生怎么做？

答：（1）病原学送检；

（2）明确多重耐药菌感染或定植后，立即下“接触隔离”医嘱并登记在《MDRO 登记本》上；

（3）合理使用抗菌药物；

（4）遵守无菌操作规程，严格手卫生，向病人及家属宣教，执行标准预防和接触隔离预防措施；

(5) 与患者接触的相关医疗器械、器具及物品（如听诊器、血压计等）使用后进行消毒处理；

(6) 症状好转或治愈（VRSA 连续 2-3 次培养阴性），停止“接触隔离”医嘱，并在《MDRO 登记本》上填写接触隔离日期（包括出院或转科）。

第六章 医技科室相关知识

1. 抗菌药物使用率的规定是什么？

答：门诊患者抗菌药物使用率 $\leq 20\%$ ，急诊患者抗菌药物使用率 $\leq 40\%$ ，住院患者抗菌药物使用率 $\leq 60\%$ 。

2. 抗菌药物管理分为哪三级？

非限制使用级、限制使用级、特殊使用级；

(1) 中级以上专业技术职务任职资格可开具非限制/限制使用级。

(2) 高级专业技术职务任职资格可开具非限制/限制/特殊使用级。

(3) 紧急情况下，医师可越级使用抗菌药物，越级使用抗菌药物应当详细记录用药指征，并于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

(4) 特殊级抗菌药物使用前需经抗菌药物管理工作组认定的会诊人员会诊同意才能使用。

(5) 门诊处方不得开具特殊使用级抗菌药物。

3. 何谓医疗仪器的三级保养制度？

答：一级保养：即日常维护，由使用人员进行，主要进行设备表面清洁处理，紧固零件。

二级保养：由维修技术人员进行，主要对设备内部进行清洁，检查有无异常情况，进行局部检查和调整。每半年进行一次，并作好保养记录存档。

三级保养：即预防性修理。由维修技术人员进行，对设备的主体部分或组件进行检查、调整。每年进行一次，记录存档。

4. 什么是高值耗材？高值耗材主要包括哪些种类？

答：高值医用耗材一般是指具有较高价值，直接作用于人体起到治疗作用，对安全性有严格要求，并且按照价格制度能够收取一定费用的一次性医疗材料。主要分心脏介入类、人工关节类、外周血管介入类、消化材料类及其他类。

5. 我院哪些设备属于急救、生命支持类设备？

答：呼吸机、简易呼吸器、心电图机、心电监护仪、喉镜、除颤仪、麻醉机（口诀：两呼两心一镜一颤麻）。

6. 输血“两法一规”指的是那些？

答：《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》

7. 我国现行哪种献血制度，公民适宜献血年龄？

答：根据《中华人民共和国献血法》第二条规定：国家实行无偿献血制度。国家提倡十八周岁至五十五周岁的健康公民自愿献血。

8. 公民献每次血多少毫升为宜，间隔时间需要多久？

答：血站对献血者每次采集血液量一般为二百毫升，最多不得超过四百毫升，两次采集间隔不少于六个月。

9. 交叉配血标本有什么要求？

答：受血者配血试验的血标本必须是输血前3天之内的。

10. 输血时，护士应核对那些内容？

答：输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊/病室、床号、血型等，确认与配血

报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。

11. 输血前患者应该做些什么检查？

答：对准备输血病人进行输血前相容性检测及感染筛查(ALT、乙肝五项、HCV - Ab 、 HIV - Ab 、 TP - Ab)：医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血液成分的必要性，使用风险和利弊，并签署输血治疗知情同意书记录在病历中。

12. 严格掌握输血指征:

(1) 红细胞输注指征:

Hb 水平	建议	临床表现
>100g/ L	不推荐输注	特殊情况（例如心肺功能重度障碍等患者）由临床医生根据患者病情决定是否输注
80-100g/ L	一般不需要输注，特殊情况可考虑输注	术后或患有心血管疾病的患者出现临床症状时（胸痛；直立性低血压或液体复苏无效的心动过速；贫血所致的充血性心力衰竭等）； 重型地中海贫血；镰状细胞贫血患者术前；急性冠状动脉综合征等
70-80g/ L	综合评估各项因素后可考虑输注	术后；心血管疾病等
<70g/ L	考虑输注	重症监护等
<60g/ L	推荐输注	有症状的慢性贫血患者 Hb <60g/L 可考虑通过输血减轻症状，降低贫血相关风险；无症状的慢性贫血患者宜采取其他治疗方法，如药物治疗等

(2) 血小板输注指征:

血小板计数	临床表现
$\leq 100 \times 10^9/L$	神经外科或眼科手术; 心胸外科手术患者凝血指标异常, 并伴随大量微血管出血
$\leq 80 \times 10^9/L$	椎管内麻醉
$\leq 50 \times 10^9/L$	急性失血或有创操作 (择期诊断性腰椎穿刺和非神经轴索手术等)
$\leq 20 \times 10^9/L$	中心静脉导管置入; 病情不稳定 (如伴有发热或感染等) 的非出血患者
$\leq 10 \times 10^9/L$	病情稳定的非出血患者, 预防自发性出血

(3) 血浆输注指征:

血浆输注宜参考凝血功能检测结果及临床出血情况。PT 大于正常范围均值的 1.5 倍和 (或) APTT 大于正常范围上限的 1.5 倍, 或 INR 大于 1.7 时可考虑输注血浆。凝血试验结果不易获取时, 由临床医生根据患者出血情况决定是否输注血浆。

(4)冷沉淀输注指征:大量输血或 DIC 伴纤维蛋白原水平 $< 1.0\text{g/L}$ 时,可输注冷沉淀凝血因子。创伤、产科和心脏手术患者纤维蛋白原维持在 $1.5\text{--}2.0\text{g/L}$ 。

13. 常见的输血不良反应类型:

- (1) 非溶血性发热反应。
- (2) 过敏反应。
- (3) 急性溶血性输血反应 (AHTR)。
- (4) 细菌污染性输血反应。
- (5) 循环超负荷。
- (6) 输血相关性急性肺损伤 (TRALI)。
- (7) 输血相关移植物抗宿主病 (GVHD)。

14. 输血不良反应的应急处理措施。

(1) 过敏反应:多为对血浆蛋白过敏。处理方法:停止输血,口服或肌注抗组胺药物,必要时静注地塞米松,再次输血时应选用洗涤红细胞,避免输注血浆成分。

(2) 非溶血性发热:反应一旦发生,立即停止输血并及时给予非那根或地塞米松可使临床症状迅速得到缓解。

(3) 急性溶血性输血反应 (AHTR):立即

停止输血、抗休克、防止 DIC 、保护肾功能。根据病情对症治疗、扩容：使用小剂量的多巴胺、利尿改善肾脏供血，避免用强烈收缩肾血管的升压药：尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；测定血浆游离血红蛋白含量：必要时，在溶血反应发生后 5-7 小时测血清胆红素含量。

(4) 循环超负荷：立即停止输血，保留静脉通路；高压吸氧（氧气通过 30%-50% 乙醇更佳）；速效利尿剂；强心药物（如西地兰）；镇静剂（可用吗啡）；血管扩张剂（如硝普钠或酚妥拉明慢速静滴）；氨茶碱；肾上腺皮质激素；双下肢下垂，结扎止血带，减少静脉回流，5-10 分钟轮流放松止血带。

15. 我院全院业务学习培训制度要求培训内容主要包含哪些？

答：我院全院性业务培训内容主要以医疗相关法律法规、医疗核心制度、病历书写规范、精麻药品管理、抗菌药物管理、处方管理办法、传染病的防治、院感知识、医德医风、医疗安全、消防安全等内容进行培训。