



南京鼓楼医院集团

Anqing Shihua Hospital of Nanjing Drum Tower Hospital Group

安庆市石化医院

创建简报

2021年2月

第14期

本期工作重点

【管理组】凝心聚力 共谋发展——新春汇聚话心声

2月8日下午，我院在多功能厅召开“凝心聚力 共谋发展”新春座谈会，医疗骨干、高级知识分子、中层管理人员、市政协委员、党外人士、新进员工代表欢聚一堂，辞旧迎新，共叙医院未来发展。会议由党委委员、副院长汪念东主持，董事长陈胜、党委书记王东波、党委委员刘凤英出席。与会人员踊跃发言，积极结合各自工作实际，畅谈如何在自己的岗位上建功立业，为医院发展贡献力量，也着眼医院大局，建言献策，针对三级创建、学科发展、人才引进、优质服务、信息化建设等工作中存在的问题，提出意见和建议。



在认真听取发言后，王书记现场就大家提出的建议一一作出回复，并承诺会将这些建设性的意见整理归纳，提交分管院长和相关职能部门，逐一对照反馈落实。王书记指出，三级医院创建是我院实现跨越式发展的必经之路，医院一定一如既往全力支持科室发展，特别是重点学科发展。要继续统筹安排，推进与南京鼓楼医院的学习交流，进一步提升门诊环境，不断改善医院服务质量。王书记还强调，医院发展离不开人才，我们既要引进人才，更要培养人才、用好人才、留住人才，强化人才梯队建设，为医院的长远发展储备好人才基础。

陈董事长对大家为医院发展所做出的贡献表示感谢，勉励全院员工以“创建三级医院、提升核心竞争力”为目标，努力拼搏，以热情饱满的精神状态投入到医院“十四五”发展的中心工作中去。他认为，医院的互联网医疗平台现已成功搭建完成，并通过省级专家的评审，信息化建设即将迈入正轨，这是可喜的一步。他指出要更进一步解放思想，创新转型，狠抓重点、特色学科建设，在资源配置上更多向重点学科、重点人才倾斜，打造我们自己的“拳头品牌”。他相信，只要大家心往一处想、力往一处使，就一定可以克服困难和阻碍，迎来医院发展的又一个春天。



在新春佳节即将来临之际，党委书记王东波和院长韦宁华还代表院领导班子走访慰问了医院退休老专家和困难员工，送去诚挚问候和节日祝福，让他们也感受到了医院大家庭的关怀和温暖。（投稿：院办）

【临床组】提高病案质量 保障医疗安全

为进一步加强医疗质量和安全管理，提高病历甲级率，减少乙级病历，杜绝丙级病历，医教科安排专人走进各科室，进行病案质量专题宣讲，将提高病历质控意识、持续改进病历质量精神传达到每个人。



科室高度重视此次宣讲培训，安排早交班、午休或下午时间，组织全体医生集中参加。病案室用9天时间对全院22个科室进行了21场专题宣讲，根据《医疗机构病历书写规范》的条款，逐条进行重点强化，切实提高思想认识，持续提升医疗质量，保障医疗安全。培训中，病案室还针对各科室提出的书写规范等疑问进行详细记录并及时反馈。



本次宣讲培训加强了临床科室对病案质量的重视程度，为保障医疗质量和安全打下坚实的基础。医教科也将继续加强病历环节质量督查工作，不断提高医院整体医疗质量。（投稿：医教科）



【医技组】“大白鲨”亮相石化医院

近期，石化医院泌尿外科又添“牛气”新设备——“大白鲨”组织粉碎器，并成功配合应用于绿激光前列腺剜除术中，粉碎过程安全迅速，大大缩短了手术时间。

绿激光前列腺剜除术是一种激光手术，已逐渐取代前列腺电切术，成为治疗前列腺增生的“金标准”和首选手术方式。



泌尿外科现已顺利完成多台经尿道前列腺绿激光剜除+组织粉碎取出术，利用纤细的激光光纤，将高能量的激光导入尿道内，沿着外科包膜将前列腺组织完整剜除，解除尿路梗阻，再用“大白鲨”组织粉碎器，将膀胱内剜除的前列腺组织吸住，经粉碎后取出送病理检查。手术用时均不到1小时，前列腺增生腺体切除干净彻底，手术时间短、伤口小、出血少，且并发症少、恢复快，尤其适合高龄、贫血、重要脏器功能衰退的高危患者。

石化医院泌尿外科始终追求技术创新和精准诊疗，还将开展更多前沿手术，为患者提供更优质的医疗服务。（投稿：泌尿外科）

【护理组】有温度的石医护理人——守望生命之花盛开

石化医院妇产科拥有护理人员 22 人，其中，中级职称 11 人。这是一支吃苦耐劳、责任心强、充满活力的护理团队。多年来，她们用实力斩获众多荣誉：安庆市中帼英雄文明岗、安庆市产后出血演练比赛三等奖、优秀带教科室等等。她们不断学习，坚持创新，连续三年参加医院组织的三新技术比赛，并开展了晚断脐、无保护分娩、无痛分娩、盆底康复等新技术。



在产前：

为体现人文关怀、促进自然分娩，石化医院特别开设助产士门诊，为广大孕产妇与助产士之间架起一座沟通的桥梁。在这里，孕产妇可以了解到孕期知识、临产征兆、待产过程、分娩技巧、产程中注意事项等热点问题，形成对分娩的初步认识，减轻对分娩的恐惧心理，树立分娩信心，提高顺产率。

在产时：

为体现人文关怀、促进自然分娩，石化医院特别开设助产士门诊，为广大孕产妇与助产士之间架起一座沟通的桥梁。在这里，孕产妇可以了解到孕期知识、临产征兆、待产过程、分娩技巧、产程中注意事项等热点问题，形成对分娩的初步认识，减轻对分娩的恐惧心理，树立分娩信心，提高顺产率。

在产后：

产后康复是产后的“必修课”，妇产科于去年开设产后盆底康复中心。其实，妊娠过程对女性盆底肌损伤非常大，无论顺产还是剖宫产，盆底肌都会受到不同程度的损伤，严重时还会出现尿失禁、子宫脱垂、膀胱直肠膨出等症状，生活质量下降。妇产科运用先进的康复治疗仪，系统评估产妇在妊娠和分娩过程中盆底肌损伤程度，对症下药，帮助进行有效的盆底康复治疗和训练，有效加强盆底肌肉的力量，改善盆底肌的“松弛”状况，逐渐恢复到产前水平。大家要注意，产后一年是盆底肌恢复的“黄金时期”，在这段时间进行产后康复，效果事半功倍。（投稿：妇产科）

应知应会

一、危急值报告制度

“危急值”是指当某种检验或检查结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医生需要及时得到检验或检查信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可能挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。

（一）心电检查“危急值”报告范围：

1. 急性心梗或可疑心梗（初次在本院发现心电图改变）。
2. 严重心律失常：室性心动过速心律大于 130 次/分，室扑、室颤、多源性及频发成对“RonT”室早。
3. 严重室上性心律失常（心律 >180 次/分）
4. 房颤（心率 >160 次/分或 <50 次/分）伴预激综合征。
5. 严重缓慢心律失常：三度房室传导阻滞伴严重缓慢心室率小于 40 次/分。大于 2 秒的心室停搏，严重的窦性心动过缓心率小于 40 次/分。
6. 电解质紊乱和药物中毒，低钾血症，高钾血症，低钙血症，高钙血症，洋地黄中毒。
7. 显著 Q-T 间期变化：长 QT >0.48 秒或 <0.28 秒。
8. 起搏器功能异常：起搏与自身竞争心律（感知不良）或长心室停搏 >2 秒（感知过度，起搏功能不良）。起搏电极脱落，电池耗竭。

（二）医学影像检查“危急值”报告范围：（含放射、CT、磁共振、超声）

1. 中枢神经系统：
 - （1）严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期
 - （2）硬膜下/外血肿急性期
 - （3）脑疝、急性脑积水
 - （4）颅脑 CT 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）
 - （5）脑出血或脑梗塞复查 CT，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15

以上。

2. 脊柱、脊髓疾病：

X线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬脑膜囊。

3. 呼吸系统：

- (1) 气管、支气管异物
- (2) 液气胸，尤其是张力性气胸
- (3) 肺栓塞、肺梗死

4. 循环系统：

- (1) 心包填塞、纵膈摆动
- (2) 机型主动脉夹层动脉瘤

5. 消化系统：

- (1) 食道异物
- (2) 消化道穿孔、急性肠梗阻
- (3) 急性胆道梗阻
- (4) 急性出血性坏死性胰腺炎
- (5) 肝脾胰肾等腹腔脏器出血。

6. 颌面五官急症：

- (1) 眼眶内异物
- (2) 眼眶及内容物破裂、骨折
- (3) 颌面部、颅底骨折。

7. 超声发现：

(1) 急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人。怀疑宫外孕破裂或黄体破裂并腹腔内出血。大量心包积液合并心包填塞。胎儿检查发现羊水少或心动过缓。

- (2) 晚期妊娠出现羊水过少并胎儿呼吸、心率过快
- (3) 心脏普大且合并急性心衰
- (4) 大面积心肌坏死
- (5) 大量心包积液合并心包填塞。

8. 磁共振发现：

- (1) 大面积急性脑梗死或脑干梗死
- (2) 较大的急性颅内血肿或蛛网膜下腔出血
- (3) 主动脉夹层
- (4) 新生儿重度缺氧缺血性脑病或颅内出血
- (5) 复查脑梗死或出血病人病情有明显进展者

(三) 病理诊断“危急值”报告范围：

1. 内镜活检、局部小手术取材临床送检诊断未怀疑恶性肿瘤而病理诊断可直接明确诊断恶性、原位癌的案例。

2. 送检标本临床诊断肿瘤，而初步病理观察良恶性需进一步做免疫组化染

色以区分肿瘤良恶性、分类、分型、分级病例。

3. 在首次病理诊断报告发出后，经重新取材、免疫组化、科内病理讨论后需重新取材、免疫组化、科内病例讨论后需修改病理报告和上级医院会诊与原诊断不符的病例。

(四) 内镜室检查“危急值”报告范围：

1. 食管或胃底重度静脉曲张活动性 出血。
2. 胃血管畸形、消化性溃疡引起消化道出血。
3. 巨大、深在溃疡引起穿孔、出血。
4. 上消化道异物引起穿孔、出血。

(五) 电生理室危急值项目和报告范围

1. 急性心肌梗死；
2. 疑似急性心肌梗死的 ST-T 改变；
3. 宽 QRS 波心动过速；
4. 严重心律失常（快速型心律失常、极缓型心律失常）；
5. 电解质紊乱，如：符合低钾、高钾等心电图改变等当标本检验结果

(六) 检验科危急值

出现危急值时，立即按照如下流程执行：检验人员立即审查结果并复核→分析→重复测定→立即与临床联系→做好报告记录→签发正式检验报告。

检验项目	危急值	临床意义
电解质指标		
血清钾	<2.6mmol/L	低钾血症，呼吸肌麻痹，肌张力下降
	>6.5 mmol/L	严重高钾血症，可有心律失常及呼吸麻痹
血清钠	<125mmol/L	低钠血症，应采取治疗措施
	>155mmol/L	高钠血症，可能出现惊厥与神经损害
血清氯	<90 mmol/L	相当严重的代谢性碱中毒
	>125 mmol/L	相当严重的代谢性酸中毒
血钙	<1.5 mmol/L	低血钙性手足痉挛抽搐
	>3.5 mmol/L	甲状旁腺危象
CO ₂ 结合率	<10 mmol/L	代谢性酸中毒、慢性呼吸性碱中毒
	>35 mmol/L	代谢性碱中毒、慢性呼吸性酸中毒
肝功能指标		
血转氨酶	>300U/L	肝细胞损害，严重的可能有急性肝坏死
血胆红素	>40 μmol/L	急性肝炎，严重时为强烈的传染源
肾功能指标		
血肌酐	>400 μmol/L	急性肾功能衰竭
血尿素	>30 mmol/L	急性肾功能衰竭
血尿酸	>750 μmol/L	急性尿酸盐肾病伴肾小管阻塞和肾衰

糖代谢指标		
血糖	<2.2 mmol/L	低血糖性神经症状，低血糖性昏迷
	>20mmol/L	高血糖性昏迷、渗透性多尿伴严重的脱水和酮症酸中毒
心肌酶标志物		
肌酸激酶	>1000U/L	急性心肌梗死
肌酸激酶同工酶	>100U/L	急性心肌梗死，较严重的心肌细胞坏死或受损
肌钙蛋白	>1.5 ng/L	预示心梗或不规则心绞痛
肌红蛋白	>110 ng/L	预示心梗或不规则心绞痛
血常规指标		
白细胞	<2.0×10 ⁹ /L	有严重感染可能
	>30×10 ⁹ /L	急性白血病可能
血小板	<30×10 ⁹ /L	有严重出血倾向
	>600×10 ⁹ /L	考虑原发性血小板增多症
血色素	<50g/L	严重贫血或急性大量失血
血凝指标		
APTT	>60s	严重出血倾向
PT	>30s	严重出血倾向
	<6s	高凝状态
D—二聚体	(+)	严重 DIC 状态，或溶栓治疗时监测值

(注：创建三级医院应知应会内容定期发布，请自行学习)