

# 专业技术工作实例表

申报人: 赵秀红      科室: 血透室      申报资格: 副主任护师      申报专业: 内科护理

<p>患者陈某某, 女, 67岁, 住院号 310427 于2020年09月07日因“反复畏寒发热1月余”入院。既往有糖尿病史20年余, 有高血压病史10年余, 尿毒症病史10年余, 长期本院维持性血液透析治疗。查体: T36.1, BP147/65mmHg, 神志清, 呼吸平, 面色一般, 颈静脉无怒张, 两肺呼吸音可, 心率73次/分, 律齐, 未及杂音, 腹部平软, 无压痛及反跳痛, 双下肢轻度浮肿, 四肢肌力正常, 病理反射未引出。辅助检查: 暂缺。</p> <p>入院诊断: 发热待查 糖尿病肾病 CKD-V期 维持性血透 肾性贫血 肾性高血压病</p> <p>诊疗经过: 入院后完善相关检查, 并予维持性血透治疗, 自备口服药物控制血压, 胰岛素降糖, 9.12导管培养回报结果: 表皮葡萄球菌++++, 结合药敏, 联系感染科后予加用万古霉素针0.5 (血透导管动脉端、静脉端各0.25) 72小时/次 微泵抗感染治疗。辅助检查: 2020/9/8 血常规(五分类): 白细胞计数, <math>3.8 \times 10^9/L</math>, 红细胞压积, 27.4%, 血红蛋白, 88g/L, 中性粒细胞百分比, 71.2%; 2020/9/8 结核杆菌抗体测定: 结核杆菌抗体, 阴性, 钾, 3.30mmol/L, 氯, 103mmol/L, 磷, 0.51mmol/L, 肌酐, 245 <math>\mu\text{mol/L}</math>, 超敏CRP, 8.28mg, PCT: 降钙素原, 0.40ng/ml; 导管血培养: 表皮葡萄球菌++++, 2020/9/12 CT: 两肺支气管考虑, 左下肺少许慢性感染, 请结合临床。双侧少量胸腔积液; 心脏增大, 心包积液。修正诊断: 导管相关性感染 糖尿病肾病 CKD-V期 维持性血透 肾性贫血 肾性高血压病。经过连续28天的万古霉素针0.5g, 血透导管微泵抗感染, 以及用抗生素联合肝素血透治疗后封管, 在2020/10/14 PCT: 降钙素原, 0.38ng/ml; 血常规: 白细胞计数, <math>2.9 \times 10^9/L</math>, 红细胞计数, <math>2.88 \times 10^{12}/L</math>, 血小板计数, <math>111 \times 10^9/L</math>, 红细胞压积, 29.0%, 血红蛋白, 94g/L, 单核细胞百分比, 11.9%, 中性粒细胞数, <math>1.7 \times 10^9/L</math>, 淋巴细胞数, <math>0.8 \times 10^9/L</math>, 平均红细胞体积, 100.7fL; 患者病情明显好转, 予出院, 继续维持性血透, 自备口服药物控制血压, 胰岛素降糖。此次病人经过一月余保守治疗, 深静脉置管仍予保留。通过这个病例, 严格遵守操作规程及无菌操作对血透护士至关重要, 所以我组织科室护士进行透析导管上下机的操作比武及再次对导管感染预防的学习。</p> <p>一、长期留置导管的置管部位常用的置管部位有锁骨下静脉、颈内静脉、股静脉三个部位。颈内静脉插管容易, 并发症发生率低, 且能提供较好的血流量, 因此, 颈内静脉是临床上建立长期血透导管的首选血管。</p> <p>二、长期留置导管的常见并发症--感染</p> <p>导管出口感染: 导管口周围或隧道表面皮肤呈红、肿、热、痛, 并有脓性分泌物溢出。</p> <p>隧道感染: 皮下隧道肿胀, 出口处可见脓性分泌物, 治疗须使用有效抗生素数周, 严重者要拔管。</p> <p>血源扩散性感染: 临床表现, 血透开始15分钟至1小时左右, 出现畏寒, 重者全身颤抖, 随之发热。</p> <p>三、感染预防: 严格执行无菌操作, 常规消毒周围皮肤, 更换无菌敷料, 一般消毒液由内向外消毒, 直径大于10cm, 并清除局部的血垢, 覆盖敷贴予妥善固定。换药是应观察穿刺部位有无感染迹象, 如导管不完全滑脱或感染, 应拔除而不应推入。</p> <p>四、感染的处理: 严格无菌、规范及熟练操作, 注意体温和导管皮肤出口部位皮温, 导管接头及出口仔细消毒, 注意清除出口处分泌物, 血痂, 每次透析更换肝素帽, 局部敷料。遵医嘱全身或者局部抗生素。深静脉置管是血透病人的生命线, 我们血透护士一定要细心尽心地维护。</p> <p>五、深静脉导管封管的护理中应加强环境的管理, 采用空气消毒机消毒空气, 可降低空气中的细菌含量, 开启肝素帽尽量缩短时间, 以减少导管直接与空气接触。封管液要现配先用。</p>	
本人签名: _____	_____ 年    月    日
科室审查意见	单位意见
科主任签名: _____  _____ 年    月    日	负责人签名: _____  _____ 年    月    日 (盖章)

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

## 推荐卫生高级专业技术资格人员情况综合表（非临床）

人员编号：20203305001889040000010

姓名	赵秀红	性别	女	出生年月	197602	政治面貌	非党团员
现工作单位	湖州市南浔区人民医院				行政职务	无	
学历一（初始）	199407，浙江省湖州卫生学校（全日制），助产士，中专，三年						
学历二	200312，浙江大学（自考），护理学，大学专科，						
学历三							
学历四（最高）	201806，温州医科大学（函授），护理学，大学本科，两年半						
身份证号码	33050119760227102X	医师资格类别	护士		注册范围	护理	
现从事专业	内科护理	专业工作年限	26		参加工作时间	199407	
现专业技术资格及取得时间	主管护师 200605	现聘任职务及时间	主管护师 200806		推荐评审专业技术资格	副主任护师	
单位性质	社会公益类事业单位		破格情况			破格晋升条件	
单位考核情况	2019 合格,2018 合格,2017 合格				医院等级	二级甲等	
兼任学术职务	无				是否有援助经历	否	
承担的技术工作及工作量	1.年均专业工作：320天； 2.200805至201405在内科病房任责任护士，协助护士长管理病房，对常见病、危重疾病的护理，配合医生对急危病人的抢救，对实习生、新进护士的带教。曾被评为最满意护士及优秀带教老师。 3.201405到至今，从事血透室工作，曾被评为“先进个人”2018年完成新技术新项目“钝针穿刺法”，并予以推广使用。2019年参加浙江省第二届净护天使（湖州地区血液透析比赛）荣获第三名。2019年9月，在“全科医学临床与教育”发表题为：改良约束带在维持性血液透析患者动静脉内瘘中的应用效果的论文一篇。在科室里带教新进的护士，每年为实习生授课。						
专业工作经历	199407-200007 湖州市菱湖人民医院下昂分院 助产士 200008-200505 湖州市菱湖人民医院下昂分院 护师 200506-200805 湖州市南浔区人民医院 护师 200806-至今 湖州市南浔区人民医院 主管护师 201009-201012 浙江大学医学院附属第一医院 进修血液透析						
教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 28 人(总人数)，其中实习生 25 人，规培生 0 人 2、协助指导研究生 0 人、博士研究生 0 人，硕士研究生 0 人 3、其他： 无。						
论文论著	第一作者论文总数	1		一级论文数:0	二级论文数:1		
	论文（著）名称			期刊名称、期号、起止页码、主办单位	等级		
	1	改良约束带在维持性血液透析患者动静脉内瘘中的应用效果		全科医学临床与教育 2019年第9期855页	二级		
	2			浙江大学			
	3						
	4						
	5						
科研工作	项目名称	资助部门、经费数（万数）	承担项目者名次	成果鉴定、评审、奖励及等级			
	1						
	2						
	3						
	4						
奖励情况				病人投诉、处分及医疗事故情况			
	2019年浙江省第二届净护天使（湖州地区）血液透析理论比赛三等奖。			无。			
单位公示情况：无异议 单位意见：同意推荐申报副主任护师任职资格。				主管部门、市或省级厅局人事（职改）部门意见			
	（盖章） 年 月 日			（盖章） 年 月 日			
下一级评委会推荐意见				下一级评委会投票结果			
	（盖章） 年 月 日			评委会总人数	出席人数	赞成	反对
其他需要说明的问题	无。			以上信息已经本人确认无误，如有虚假，愿按有关规定接受处理。 本人签名： 日期：			

# 专业技术工作实例表

申报人: 赵秀红      科室: 血透室      申报资格: 副主任护师      申报专业: 内科护理

<p>杨某某, 男, 81岁, 住院号: 234228 于2016年11月27日10时04分因“维持性血透1年余伴胸闷1天”入住本院内科。患者既往有“糖尿病”病史10年, 长期注射门冬胰岛素治疗, 1年前因“糖尿病肾病, CKD5期”开始维持性血透治疗至今。有高血压及冠心病10余年, 口服波依定片, 有慢性支气管炎史30余年。半年前有脑出血史, 左侧肢体活动乏力。</p> <p>入院诊断: 1、糖尿病 糖尿病肾病CKD5期 2.高血压病3.冠心病心脏扩大心功能不全4维持性血透5、脑出血后遗症6、慢性支气管炎7、陈旧性心梗 入院后予二级护理, 低盐优质蛋白饮食, 维持性血透治疗, 控制血压, 控制钙磷代谢等处理。</p> <p>患者于2014年12月26日凌晨3时突发失语, 双眼向左侧凝视, 右侧肢体活动能力下降, 呼之反应迟钝, 肢体检查不配合。头颅CT检查示左颞顶叶出血性脑梗, 老年性脑改变, 脑白质变性, 右侧基底节及侧脑室旁腔隙性脑梗塞灶。医嘱予病危通知, 1级护理, 血管通活血, 葡萄糖液营养, 泮托拉唑护胃, 并置入鼻饲管胃肠营养。于2014年12月27日8时50分护送入我科行无肝素透析。</p> <p>护理体检: T: 38.1 °C, P: 98次/分, R: 21次/分, BP: 164/93mmHg。神志不清, 呼之反应迟钝, 双眼向左侧凝视, 双侧瞳孔等大等圆, 直径3mm, 对光反射灵敏, 肺部呼吸音粗, 少许湿罗音, 皮肤稍干, 无水肿, 四肢有不自主动作, 肌力检查不合作。辅助检查: 头颅CT检查示左颞顶叶出血性梗死, 老年性脑改变, 脑白质变性, 右侧基底节及侧脑室旁腔隙性脑梗塞灶。血常规: WBC: <math>10.9 \times 10^9/L</math> N: 84.6% HGB164g/L 血电肾糖: 钾: 4.49mmol/L 钠: 137.0mmol/L 氯: 100.6mmol/L 葡萄糖: 5.55mmol/L 尿素氮: 10.9mmol/L 肌肝: 381pmol/L。</p> <p>我们血透室成立时间短, 人员不充足, 当天我值休, 接获护士长电话通知后, 立即与本科护理人员准备合适的床位、血液透析机、氧气、心电监护仪, 及各种抢救设备药品, 并通知医生迎接病人。病人到达后, 一名护士负责认真核对病人身份, 与急诊护士交接病人病情, 生命体征, 意识状态, 并作好记录。另一名护士负责安置病人, 按医嘱给予吸氧、心电监护等处理。同时认真查看患者鼻导管及右颈内长期血透导管是否妥善固定, 有无脱落, 加强安全护理, 防止发生坠床等危险。并向患者家属讲述血透过程中的危险性, 做好家属的解释、安慰工作, 取得家属的理解和配合。整个交接过程分工明细、紧密配合、有条不紊。</p> <p>高血流量透析是无肝素透析的关键, 透析开始后只要患者能耐受应尽量将血流量调至 250-300ml/min透析时间不应超过3小时。但该患者年龄大, 基础疾病多, 病情危重, 随时有生命危险, 医嘱血流量200 ml/min, 这就更增加了无肝素透析体外循环管路和纤维中空凝血的可能性, 因此血透过程中由一名我专门护理, 随时观察患者神志、瞳孔、生命体征的变化, 勤于巡视记录各项参数, 对比前后各项参数变化的意义, 保证静脉压监测正常运行, 密切观察血液颜色有无变黑, 动静脉壶液面高度, 壶壁张力, 每30分钟以生理盐水冲洗检查一次。</p> <p>患者于11时结束透析, 历时2小时, 透析过程中生命体征稳定, 未发生病情变化, 未发生管路和滤器的凝血, 11时30分护送回病房。</p> <p>通过这次危重病人的透析, 护理人员进一步明确了危重病人交接的内容、要求, 加强了护理人员之间的合作协调能力, 提升了对危重病人血液透析中的观察和护理, 特别是在无肝素透析时, 透析前如何实施管路的肝素生理盐水预冲, 透析中如何观察和预防管路和滤器的凝血, 都是至关重要的措施。在对神志不清患者的透析过程中, 应着重给予患者舒适的体位, 人性化的关怀, 加强安全防护, 提高了血透室护士的临床实践能力和专业业务能力。</p>	
<p>本人签名: _____ 年 月 日</p>	
<p>科室审查意见</p>	<p>单位意见</p>
<p>科主任签名: _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>负责人签名: _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (盖章)</p>

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

# 专业技术工作实例表

申报人: 赵秀红

科室: 血透室

申报资格: 副主任护师

申报专业: 内科护理

## 一、简要病史

现病史:患者李高明,男,65岁,住院号314019,2019年4月10日因夜间突发胸闷气促,不能平卧,稍有心前区疼痛,呕吐一次,为胃内容物,量不多,无咖啡色物质入院。

入院诊断“急性左心衰竭 慢性肾脏病5期 2型糖尿病肾病 维持性血液透析 肾性高血压”。

既往史:高血压病1年余,糖尿病10年余,慢性肾脏病10年余,规律透析25个月,否认手术史,否认食物、药物过敏史,中学文化,否认有吸烟史,否认饮酒史。

二、体格检查:入院后查体神志清,呼吸促,口唇微绀,精神萎靡,体温36.5,脉搏115次/分,血压186/107mmHg,血氧饱和度95%。听诊双肺闻及大量湿啰音,舒张期奔马律,左前臂内瘘听诊杂音明显,可及震颤。

三、辅助检查:血常规示:WBC,6.1\*10<sup>9</sup>/L, HB83g/L 心肌酶谱:肌红蛋白 570.3ng/ml 高敏肌钙蛋白 0.269ng/ml。

血肝肾功能:血肌酐800umol/l,尿素氮21.38mmol/l,钾5.3mmol/L,葡萄糖 9.43mmol/L。心脏彩超:全心扩大伴房室瓣相对关闭不全、左室肥厚,主动脉瓣退行性变伴轻度反流,左心功能减低。

## 四、诊疗计划:

内科一级护理;

急诊血液透析;

对症支持治疗。

由于我院急诊室未开展血液透析治疗,所以值班医生通知肾内科后我们血透室护士立即来院进行急诊血透。患者取坐位,携带氧气袋急诊入血透室,本科护士立即实行分工合作的方式,即予氧气8L/min吸入,心电血氧饱和度监护。患者因气急胸闷不适,心情焦虑,即予心理安慰,拉好床栏,预防跌倒坠床。认真查看内瘘震颤情况,置抢救车于床旁,严密监测生命体征及胸闷情况,先予行2小时单纯超滤,超滤量3000,血流量150ml/min,胸闷气急缓解后改常规血液透析2小时,超滤1000ml,血流量150-200ml/min,期间严密观察生命体征及静脉压的变化,防止因超滤过多,血液浓缩导致凝血的发生。下机回血80ml/min,回水100ml,查看透析器管路,未有凝血。患者在4小时的治疗中,生命体征基本稳定,故未用强心剂及血管扩张剂,观察30分钟后送入病房进一步的对症处理。

## 四、小结

通过这次对心衰病人的透析,我们要加强对病人控钠控水的宣教,同时要求家属配合水分管理工作,烹饪宜清淡,少做腌制品及辛辣油腻食品,监督患者的水分管理情况。在这次抢救中,我们用了序贯治疗模式。因患者对快速单纯超滤脱水比对常规血透的超滤脱水具有更好的耐受性。血透超滤脱水增多会对心肌产生不良影响,易致低血压、恶心、呕吐、胸闷不适等症状,而单纯超滤脱水尽管清除了大量水分,血容量减少,但属于等脱水,外周血管阻力升高,因此保持了血压稳定,不引起低血压等不良反应。序贯透析并进一步阐明把透析过程中的超滤与透析分开,先后地进行,可防止由于快速脱水而引起的不耐受。所以,序贯透析则是急性左心衰的最佳选择。

心血管疾病是导致终末期肾病(ESRD)患者死亡的首要病因(大于50%),它已经成为ESRD治疗中最大的临床难题,而心衰是脑血管疾病最常见的并发症之一,防止心衰对提高肾衰患者的质量有着重要意义。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日(盖章)

注:填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实,一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献,字数不少于1000字。每页填写1例,共填写5例。

# 专业技术工作实例表

申报人: 赵秀红      科室: 血透室      申报资格: 副主任护师      申报专业: 内科护理

<p><b>一、简要病史</b>                  现病史: 患者盛某某, 女, 39岁, 血透号码: 000029, 2018年11月02日。维持性透析6年余, 近2月来感下肢酸痛, 皮肤瘙痒, 无胸闷气促, 下肢无水肿, 血磷及PTH高。                  既往史: 既往有肾性骨病、慢性肾脏病5期、肾性高血压、肾性贫血病史5年余, 长期本院门诊维持性血液透析治疗, 口服氨氯地平片、缬沙坦胶囊、可乐定片、碳酸镧咀嚼片等药物。否认其他手术外伤史, 否认中毒输血史, 否认药物过敏史, 否认已知食物过敏史, 预防接种不详。</p> <p><b>二、体格检查:</b> T36.6, BP 168/102mmHg, 神志清, 精神一般, 双肺呼吸音稍粗, 未及明显干湿啰音, HR71次/分, 律齐, 未及病理性杂音, 腹软, 无压痛、反跳痛, 肝脾肋下未及, 双下肢未见浮肿, 病理反射未引出, 左手臂人造血管内瘘杂音明显, 可及震颤。</p> <p><b>三、辅助检查:</b> 血常规(五分类): 白细胞计数, <math>10.9 \times 10^9/L</math>, 红细胞压积, 30.0%, 血红蛋白, 89 g/L, 中性粒细胞百分比, 83.2%; 血生化全套: 钾, 5.90mmol/L, 尿素氮, 21.04mmol/L, 肌酐, <math>909 \mu\text{mol/L}</math>, P, 1.82 mmol/L; PTH, 1086.0 mmol/L。</p> <p><b>四、目前诊断:</b> 肾性骨病、慢性肾脏病5期、肾性高血压、肾性贫血。</p> <p><b>五、诊疗措施:</b> 高通量透析、对症支持治疗</p> <p><b>六、高通量透析(HFHD)即使用高通量透析器的透析, 其透析器的半透膜超滤系数(Kuf) 20 ml/h/mmHg。超滤系数指每小时在每毫米汞柱跨膜压力下液体通过透析膜的毫升数。近年来有关高通量透析在临床应用方面的研究表明, HFHD较传统的HD治疗具有更为理想的有效性及安全性, 在改善CKD和透析相关的并发症如肾性贫血、MBD、微炎症状态、细胞免疫功能紊乱、心血管疾病等方面显示了一定的优势, 并且有利于保护残余肾功能。2018年11月开始, 我们科室首次进行了高通量透析治疗</b></p> <p>(1) 首先对高通量器进行预充: 先低速预充, 血流泵速80-100ml/min, 避免用力拍打透析器, 减少因震动而形成微小气泡。对于高通量透析器, 需要关闭进出口把预充液保留在透析器内, 保证膜完全浸润。透析器填满后, 预充流速200-300ml/min去冲洗管路和透析器里残留物。最后可进行必要的超滤预充。</p> <p>(2) 在透析过程中, 重点预防反超与致热源反应                  HFHD在治疗过程中有可能发生反超和致热源反应特别是在静水压梯度超过血液胶体渗透压(20-30 mmHg)时更容易出现反超滤。我们采取的预防措施如下:                  使用超滤性能较好的高通量透析器: 我们科室用的是百特公司R300透析器。                  使用超纯的透析液或加用去内毒素的过滤器, 减少热原反应。我们科室透析机都加装过滤器, 平时工程师严密监测水处理系统情况。                  提高跨膜压: 因上述患者比较年轻, 我们提高血流量到300ml/min, 透析液流速置: 600ml/min, 病人水分增长也较多, 所以超滤量设置为3200ml。在整个透析过程中我们加强病情观察及静脉压跨膜压的变化, 防止凝血及过敏反应, 同时注意患者血压血糖监测等。</p> <p>(3) 在我们严密的监测下, 该患者顺利结束4小时的HFHD治疗, 管路及透析器均未发生凝血, 无发热情况出现。</p> <p>(4) 最后在护理健康教育上应积极推广科普高通量血液透析的优点, 让患者对此有所了解。评估患者的个体化差异, 如心功能状态、高流量耐受等, 逐步调高血流量和置换液量。评估患者的内瘘血流量及内瘘情况, 避免内瘘血流量不足或内瘘静脉不足以承受高流量血流速度, 尤其是对于新建内瘘启用期的患者。                  我们科室从2018年初11月开始行高通量透析, 迄今为止, 使用已有2年。在减少患者的炎症反应、肾性骨病, 改善贫血, 保护残余肾功能方面显示出了其优势。</p> <p style="text-align: right;">本人签名: _____ 年 月 日</p>	
<p>科室审查意见</p>	<p>单位意见</p>
<p>科主任签名: _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>负责人签名: _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (盖章)</p>

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

