



# 专科护理医疗 质量控制指标

(2025 版)

全国护理质量促进联盟

二零二五年六月

## 前 言

专科护理质量是医疗质量体系的核心支柱，其专业化程度直接影响患者诊疗结局与安全水平。建立科学、系统的质量控制指标体系，既是规范专科护理实践的必然要求，更是推动护理学科高质量发展的重要途径。

《专科护理医疗质量控制指标(2025 版)》，是全国护理质量促进联盟针对 2023 年 10 月份发布的《专科护理医疗质量控制指标(试用版)》在联盟内部再次经过一年的临床验证、专家共识等修订而成。全书涵盖呼吸内科、血液透析、手术室、心血管内科、神经外科、急诊共六个专业 25 项专科护理质量指标。

《专科护理医疗质量控制指标(2025 版)》作为操作性工具书，每项指标在定义、计算公式、数据来源等方面均进行了明确的说明与指导并配套有数据收集表单，以求在临床应用过程中，消除差异，减轻负担，在最大范围内做到同质化、高效能。

鉴于专科护理实践的快速发展和地域差异性，指标体系难免存在需完善之处，对于术中疏漏及不足之处，恳请各医疗机构在临床应用中及时反馈宝贵意见，促进指标体系的迭代优化，共同推进我国专科护理质量管理的科学化、标准化进程。

全国护理质量促进联盟

2025 年 6 月

# 目 录

<b>呼吸内科护理专业医疗质量控制指标</b> .....	<b>1</b>
指标一、机械通气患者床头抬高正确执行率.....	1
指标二、人工气道患者气囊压力符合率.....	3
指标三、痰培养标本采集合格率.....	5
指标四、无创正压通气患者面罩相关性压力性损伤发生率.....	7
<b>血液透析护理专业医疗质量控制指标</b> .....	<b>10</b>
指标一、血液透析护患比.....	10
指标二、体外循环凝血发生率.....	12
指标三、体外循环漏血发生率.....	14
指标四、动静脉内瘘穿刺损伤发生率.....	16
指标五、血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率.....	18
<b>手术室护理专业医疗质量控制指标</b> .....	<b>21</b>
指标一、手术间与手术室护士比例.....	21
指标二、手术安全核查正确率.....	23
指标三、手术标本处理正确率.....	25
指标四、手术物品清点正确率.....	27
指标五、术中 2 期及以上压力性损伤发生率.....	29
指标六、手术麻醉期间低体温发生率.....	31
指标七、手术过程中异物遗留发生率.....	33
<b>心血管内科护理专业医疗质量控制指标</b> .....	<b>35</b>
指标一、心力衰竭患者出入量记录准确率.....	35

指标二、心血管病患者发生室颤、无脉室速距除颤时间 $\leq 4\text{MIN}$ 的比率 .....	40
指标三、血管活性药物外渗发生率.....	42
<b>神经外科护理专业医疗质量控制指标 .....</b>	<b>45</b>
指标一、脑室外引流重点护理措施落实率.....	45
指标二、脑室外引流颅内感染发生率.....	47
<b>急诊护理专业医疗质量控制指标 .....</b>	<b>50</b>
指标一、预检分诊护士急诊工作年限 $\geq 3$ 年占比 .....	50
指标二、急诊预检分诊分级准确率.....	51
指标三、急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标率.....	54
指标四、急性缺血性脑卒中溶栓患者到院一开始急诊 CT 扫描时间达标率.	56

# 呼吸内科护理专业医疗质量控制指标

## 指标一、机械通气患者床头抬高正确执行率

### 1. 定义

统计周期内，正确执行床头抬高护理干预措施的机械通气患者例次数与同期行机械通气患者总例次数的百分比。

### 2. 计算公式

机械通气患者床头抬高正确执行率 =

$$\frac{\text{同期床头抬高 } 30^{\circ} \sim 45^{\circ} \text{ 的机械通气患者例次数}}{\text{统计周期内查检的机械通气患者总例次数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

以水平面为基准，床头抬高 30~45° 即为符合规范。

注 1：因病情诊疗需要不适宜抬高床头的不在以上公式分母的计算中。

注 2：建议医疗机构内部有不适宜抬高床头的病情说明。

### 4. 意义

平卧位时及其保持仰卧位时是有胃内容物误吸的潜在危险，平卧位是呼吸机相关性肺炎（ventilator associated pneumonia, VAP）发病率和死亡率相关独立危险因素之一。床头抬高 30~45° 可有效预防 VAP，简单易行、低风险、低成本。

### 5. 数据来源

手工填报，通过查检表于每天同一时间记录临床护理实践中落实床头抬高 30~45° 护理措施的机械通气患者例次数，以及同期查检总例次数，每周至少抽查 30 例次。

表 1 机械通气患者床头抬高正确执行率查检表

医院名称:						
说明:						
1. 单位时间内, 正确执行床头抬高护理干预措施的机械通气患者例次数/查检同期行机械通气患者总例次数×100%						
2. 以水平面为基准, 床头抬高 30~45° 即为符合规范。						
注 1: 因病情诊疗需要不适宜抬高床头的不在以上公式的分子/分母的计算中。						
注 2: 建议医疗机构内部有不适宜抬高床头的病情说明。						
3. 手工填报, 每日同一时间查检 (每周至少抽查 30 例次), 抽查时先按项目逐一填写, 再根据统计要求进行筛查。						
汇总				正确执行床头抬高护理干预措施的机械通气患者例次数	查检同期机械通气患者例次数	机械通气患者床头抬高正确执行率
项目	日期	患者病历号	是否机械通气 (是填“1”)	因病情诊疗需要是否应床头抬高 30~45° (是填“1”, 否填“0”)	是否床头抬高 30~45° (是填“1”, 否填“0”, 因病情诊疗需要不适宜床头抬高 30~45° 则填“不适用”)	不适用说明
数据 采集 列表						

## 指标二、人工气道患者气囊压力符合率

### 1. 定义

统计周期内，实测气囊压力在推荐范围（25cmH<sub>2</sub>O~30cmH<sub>2</sub>O）内的人工气道患者例次数占同期人工气道患者总例次数的百分比。

### 2. 计算公式

人工气道患者气囊压力符合率 =

$$\frac{\text{同期实测气囊压力在推荐范围的人工气道患者例次数}}{\text{统计周期内查检的人工气道患者总例次数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

（1）人工气道患者包括气管插管和气管切开患者，但不包括不需要气囊或气囊充气的气管切开患者。

（2）对于人工气道患者，应维持气囊压力在推荐范围 25cmH<sub>2</sub>O~30cmH<sub>2</sub>O。

（3）应用手动气囊测压表时，需要测量并调整气囊压力在推荐范围内的时机：

①每 6h~8h 常规重新手动测量并调整气囊压力。

②患者改变体位或吸痰后需要重新测量并调整气囊压力。

（4）推荐使用气囊自动充气泵或气道管理系统实现持续监测并自动调整气囊压力。

### 4. 意义

监测并维持气囊压力在推荐范围的压力水平，既能有效保持密闭，预防误吸，降低 VAP 的发生率；又能避免发生气管黏膜缺血性损伤甚至坏死等并发症。

## 5. 数据来源

手工填报，通过查检表于每天任一时间查验临床护理实践中气囊压力在推荐范围的人工气道患者例次数，以及同期查检总例次数，每周至少抽查 30 例次。

表 2 人工气道患者气囊压力符合率查检表

医院名称:					
说明:					
1. 单位时间内，实测气囊压力在推荐范围（25cmH <sub>2</sub> O~30cmH <sub>2</sub> O）内的人工气道患者例次数/同期人工气道患者总例次数×100%					
2. 人工气道患者包括气管插管和气管切开患者，但不包括不需要气囊或气囊充气的气管切开患者。					
3. 应用手动气囊测压表时，需要测量并调整气囊压力在推荐范围内的时机：①每 6h~8h 常规重新手动测量并调整气囊压力。②患者改变体位或吸痰后需要重新测量并调整气囊压力。					
4. 推荐使用气囊自动充气泵或气道管理系统实现持续监测并自动调整气囊压力。					
5. 手工填报，每日任一时间查检（每周至少 30 例次），抽查时先按项目逐一填写，再根据统计要求进行筛查。					
汇总			实测气囊压力在推荐范围的人工气道患者例次数	同期人工气道患者总例次数	人工气道患者气囊压力符合率
项目	日期	患者病历号	是否留置含气囊的人工气道（是填“1”，否填“0”）	因病情诊疗是否需要气囊充气（是填“1”，否填“0”）	实测气囊压力是否在推荐范围内（25cmH <sub>2</sub> O~30cmH <sub>2</sub> O）（是填“1”，否填“0”，因病情诊疗需要无需气囊充气时则填“不适用”）
数据采集列表					

### 指标三、痰培养标本采集合格率

#### 1. 定义

统计周期内，合格的痰培养标本例数与同期采集的痰培养标本总例数的百分比。痰培养标本来源包括患者自行留取的、经人工气道吸痰、气管穿刺吸取、经支气管镜抽取等方法采集的标本。

#### 2. 计算公式

痰培养标本采集合格率=

$$\frac{\text{同期留取痰培养标本例数} - \text{不合格痰培养标本例数}}{\text{统计周期内留取痰培养标本总例数}} \times 100\%$$

#### 3. 说明

不合格痰培养标本标准：符合以下任一项即为不合格。

- ①显微镜下细胞学检查发现标本受口咽部菌群污染；
- ②无标签或标签贴错；
- ③标识信息不明，未提供采集时间及送检目的等；
- ④超过 2h 送达实验室，且没有正确保存；
- ⑤运送容器有渗漏；
- ⑥同一天同一项目重复送检。

#### 4. 意义

痰培养用于下呼吸道感染，主要是肺部感染的诊断。咳嗽、脓性痰，伴有发热，影像学检查出现新的或扩大的浸润影等情况下通常以痰培养结果作为疾病诊断依据之一。正确采集痰标本影响疾病诊断及治疗。

#### 5. 数据来源

实验室记录及医嘱信息记录，记录统计周期内不合格痰培养标本例数，以及同期执行痰培养标本留取的医嘱总例数。

表 3 痰培养标本采集合格率查检表

医院名称:												
说明:												
1. 单位时间内, (留取的痰培养标本总例数-不合格痰培养标本例数)/同期采集的痰培养标本总例数×100%												
2. 痰培养标本来源包括患者自行留取的、经人工气道吸痰、气管穿刺吸取、经支气管镜抽取等采集的标本。												
3. 每月通过实验室、His 系统查询采集的痰培养标本采集不合格例数和痰培养标本采集总例数 (全样本量)												
请填写下方内容									汇总			
项目	日期	不合格原因 (请在对应的原因下方填写数量)							不合格痰标本例数	合格痰培养标本例数	痰培养标本总例数	痰培养标本采集合格率
		标本受口咽部菌群污染	无标签或标签贴错	标识信息不明, 未提供采集时间及送检目的	超过 2h 送达实验室, 且没有正确保存	运送容器有渗漏	同一天同一项目重复送检	其他				
数据采集列表												
合计												

## 指标四、无创正压通气患者面罩相关性压力性损伤发生率

### 1. 定义

统计周期内，发生 2 期及以上面罩相关性压力性损伤的无创正压通气患者例数与同期行无创正压通气患者总例数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{无创正压通气患者面罩相关性压力性损伤发生率} = \frac{\text{同期-2-期及以上无创正压通气面罩相关性压力性损伤发生例数}}{\text{统计周期内无创正压通气患者总例数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

(1) 统计周期内，同一患者无创正压通气期间多次、多部位发生无创正压通气面罩相关性压力性损伤，均算做 1 例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义及分期（2019 版）》界定。

#### (2) 压力性损伤定义

压力性损伤（pressure injury 以下简称压伤）：压伤是皮肤和/或皮下软组织的局部损伤，通常发生在骨突部位或相关医疗或其它器械压迫部位。损伤可表现为完整的皮肤或一个开放的溃疡，可能伴有疼痛。损伤的发生是由于较强的和/或长时间压力，或压力联合剪切力作用的结果。软组织对压力和剪切力的耐受性可能会受微环境、营养状况、灌注状况、合并症情况以及软组织状况的影响。

#### (3) 压力性损伤分期

1 期压伤：完整皮肤上出现指压不变白的红斑；

2 期压伤：皮肤的部分皮层缺失显露出真皮；

3 期压伤：全层皮肤缺失；

4 期压伤：全层皮肤和组织缺失；

深部组织压伤：持续指压不变白的深红色、褐红色或紫色变色；

不可分期压伤：被掩盖的全层皮肤和组织缺失。

#### 4. 意义

无创通气设备是急性呼吸衰竭的首选治疗设备，使用无创正压通气的患者因需长时间佩戴面罩而使颜面部局部组织长期受压导致医疗器械相关性压力性损伤发生。压力性损伤会增加患者的痛苦及医疗费用，甚至由于疼痛等造成患者无创通气治疗依从性下降，导致无创通气不耐受。

#### 5. 数据来源

手工填报和信息系统，记录统计周期内无创正压通气患者 2 期及以上面罩相关性压力性损伤的发生例数与同期无创正压通气患者总例数。

表 4 痰培养标本采集合格率查检表

医院名称:					
说明:					
1. 单位时间内, 发生 2 期及以上面罩相关性压力性损伤的无创正压通气患者例数/同期行无创正压通气患者总例数×100%					
2. 自统计周期首日开始登记无创正压通气患者, 以后每增加 1 例, 则登记一次, 统计周期内请勿重复登记患者信息。					
3. 统计周期内, 同一患者无创正压通气期间多次、多部位发生无创正压通气面罩相关性压力性损伤, 均算做 1 例。					
4. 压力性损伤部位填写参考(鼻部、面颊、耳廓、下巴等)。					
汇总		统计周期内 2 期及以上无创正压通气面罩相关性压力性损伤发生例数		同期无创正压通气例数	2 期及以上无创正压通气面罩相关性压力性损伤发生率
项目	日期	患者病历号	是否无创正压通气(是填“1”)	是否发生 2 期及以上无创正压通气面罩相关性压力性损伤(是填“1”, 否填“0”)	压力性损伤部位(未发生填“不适用”)
数据采集列表					

# 血液透析护理专业医疗质量控制指标

## 指标一、血液透析护患比

### 1. 定义

血液透析护患比，指统计周期内，血液透析责任护士人数与其负责照护的血液透析患者数量的比例。不包括行连续性肾脏替代治疗(Continuous Renal Replacement Therapy, CRRT)的责任护士人数及患者数。根据监测时限不同，可以分为平均每天护患比、时点调查护患比。

(1) 平均每天护患比：统计周期内每天白班、夜班责任护士数之和与其负责照护的血液透析患者数之和的比。

(2) 时点调查护患比：某时点责任护士数之和与其该时点负责照护的血液透析患者数的比。

### 2. 计算公式

$$\text{血液透析护患比 (1: X)} = 1: \frac{\text{同期血液透析患者数之和}}{\text{统计周期内血液透析责任护士数之和}}$$

### 3. 说明

(1) 责任护士：直接照护血液透析患者的执业护士。计算责任护士人力时，应包含所有直接服务血液透析患者的班次及辅助护理岗位护士人力，排除非直接护理血液透析患者的治疗护士（配药护士）、办公班护士（主班）、护士长等其它岗位护士，当其他岗位的护士承担责任护士的工作时需计算在内。

(2) 责任护士人数：指统计周期内所有在岗直接照护血液透析患者的责任护士数之和，责任护士每工作 8 小时计为 1 名责任护士人力。某时段责任护士数=该时段内所有责任护士工作小时数之和除以 8。

(3) 护理血液透析患者数：指统计周期内，责任护士护理血液透析患者的数量之和，每 1 例次患者的血液透析治疗计为 1 例次患者数量。

#### 4. 意义

该指标反映的是血液透析护理单元需要照护的患者数量和护理人力的匹配关系，评价医疗机构血液透析护理单元有效护士人力配置情况，为以患者护理服务需求为导向的护理人力科学配置管理提供参考依据，保障患者安全和护理服务质量。

#### 5. 数据来源

通过护理排班信息系统，获取责任护士人数；通过血液透析系统获取护理患者数；如医疗机构没有信息系统，可利用 office 等办公软件建立各班次责任护士、血液透析患者数统计表，获取责任护士人数、护理患者数，收集统计相关数据信息。

表 5 血液透析护患比记录表

汇总	同期血液透析患者数之和	同期血液透析责任护士数之和	同期血液透析护患比 (1: X)		
			分子	分母	X
请每日填写以下内容					
日期	当日透析患者数	当日血液透析责任护士数	当日护患比 (1: X)		
			分子	分母	X

## 指标二、体外循环凝血发生率

### 1. 定义

统计周期内血液透析发生 II 级及以上凝血例次数与同期血液透析患者总例次数的千分比。

### 2. 计算公式

$$\text{体外循环凝血发生率} = \frac{\text{同期血液透析 II 级及以上凝血例次数}}{\text{统计周期内血液透析患者总例次数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

(1) 血液透析 II 级及以上凝血例次数：指统计周期内，血液透析发生 II 级及以上凝血例次数之和。参照《血液透析护理实践指导手册》，将血液透析体外循环凝血程度分为 4 级：0 级：透析器及血路管回血后无残留血液和血凝块；I 级：透析器回血后残留血液占透析器面积约 1/3，血路管回血后管路动脉壶或静脉壶内可见一端有血凝块；II 级：透析器回血后残留血液占透析器面积 1/2 以上，但没有全部阻塞，血路管回血后管路动脉壶或静脉壶内两端均可见有血凝块；III 级：透析器回血后整个透析器全部被残留血液阻塞，血路管回血后可见血凝块充满动脉壶或静脉壶内。

(2) 血液透析患者例次数：指统计周期内，行血液透析治疗的患者例次数之和，每位患者的 1 次血液透析治疗计为患者 1 个血液透析例次数。

### 4. 意义

反映护士技术操作规范性及抗凝方案的有效性，指导护士早期发现管路凝血症状，减少更高级别凝血的发生，并为医生调整抗凝方案提供依据。促进护士提升操作规范性，预防相关不良事件。

### 5. 数据来源

通过建立血液透析信息化管理系统，周期性统计血液透析患者总例次数、

发生 II 级及以上凝血例次数等。如医疗机构血液透析信息系统尚未开发或不完善，可利用 office 等办公软件建立血液透析患者日志，每日登记血液透析患者总例次数、发生 II 级及以上凝血例次数，收集统计相关数据信息。

表 6 体外循环凝血发生率查检表

汇总	同期发生 II 级及以上凝血 总例次数	同期血液透析患者 总例次数	同期体外循环凝血发生率 (%)
	请每日填写以下内容		
日期	当日发生 II 级及以上凝血 例次数	当日血液透析患者 总例次数	当日体外循环凝血发生率 (%)

### 指标三、体外循环漏血发生率

#### 1. 定义

统计周期内，体外循环漏血例次数与同期血液透析患者总例次数的千分比。

#### 2. 计算公式

$$\text{体外循环漏血发生率} = \frac{\text{同期体外循环漏血例次数}}{\text{统计周期内血液透析患者总例次数}} \times 1000\text{‰}$$

#### 3. 说明

(1) 体外循环漏血例次数：指统计周期内发生体外循环漏血例次数之和。参照《实用血液净化护理(第2版)》，体外循环漏血是指动静脉穿刺针脱离血管、透析器与血路管、血路管与穿刺针或中心静脉导管连接不严密；血液管路侧枝夹子未夹闭或者保护帽脱落等造成的漏血。

(2) 血液透析患者例次数：指统计周期内，行血液透析治疗的患者例次数之和，每位患者的1次血液透析治疗计为患者1个血液透析例次数。

#### 4. 意义

反映了护士技术操作规范性、血透治疗照护过程中对患者巡视及管理的护理质量。促进护士提升操作规范性，加强治疗中的巡视管理，预防相关不良事件。

#### 5. 数据来源

通过建立血液透析信息化管理系统，周期性统计血液透析患者总例次数、发生II级及以上凝血例次数等。如医疗机构血液透析信息系统尚未开发或不完善，可利用office等办公软件建立血液透析患者日志，每日登记血液透析患者总例次数、发生体外循环漏血例次数，收集统计相关数据信息。



## 指标四、动静脉内瘘穿刺损伤发生率

### 1. 定义

统计周期内，动静脉内瘘穿刺损伤患者例次数与同期经动静脉内瘘血液透析患者总例次数的千分比，动静脉内瘘包括自体及移植物动静脉内瘘。

### 2. 计算公式

(1) 动静脉内瘘穿刺损伤发生率 =

$$\frac{\text{同期动静脉内瘘穿刺损伤例次数}}{\text{统计周期内经动静脉内瘘血液透析患者总例次数}} \times 1000\%$$

(2) 某级别动静脉内瘘穿刺损伤发生率

$$= \frac{\text{同期某级别动静脉内瘘穿刺损伤例次数}}{\text{统计周期内动静脉内瘘穿刺损伤例次数}} \times 1000\%$$

### 3. 说明

(1) 动静脉内瘘穿刺损伤例次数：指统计周期内发生动静脉内瘘穿刺损伤例次数之和。同一患者在一次治疗过程中发生的内瘘穿刺损伤计为 1 个动静脉内瘘穿刺损伤例次数。按照《北美血管通路协会血液透析血管通路标准化定义解读》，内瘘穿刺损伤：包含动静脉内瘘穿刺失败、拔除动静脉内瘘穿刺针时未准确压迫到穿刺点、长期穿刺局部或定点穿刺等原因造成穿刺处局部皮下出血、淤血、血肿等并发症。其损伤程度分为：①轻微穿刺损伤：指引起局部皮下出血、淤血和血肿，经保守处理如冰敷、休息 1~2 天缓解，通常在 7 天内可成功实施动静脉内瘘的 2 针穿刺，而无需使用临时导管过渡。②较重穿刺损伤：指引起局部明显淤血和血肿，7 天以上方可恢复动静脉内瘘的 2 针穿刺。③严重穿刺损伤：是指出现严重的出血并发症等，需要如下至少一种的处理措施：输血、急诊留观、住院、血管放射介入或外科干预。

(2) 某级别动静脉内瘘穿刺损伤例次数：指按照上述动静脉内瘘损伤程

度分级，统计周期内发生某级别动静脉内瘘穿刺损伤例次数之和。

(3) 动静脉内瘘血液透析患者例次数：指统计周期内，使用动静脉内瘘作为血液透析血管通路进行血液透析治疗的患者例次数之和。

#### 4. 意义

反映护士动静脉内瘘穿刺及护理的技术水平。促进护士提升对动静脉内瘘穿刺及维护的规范性，减少因动静脉内瘘穿刺所导致的淤血、血肿损伤等并发症的风险。提升维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率。

#### 5. 数据来源

通过建立血液透析信息化管理系统，周期性统计血液透析患者总例次数、发生 II 级及以上凝血例次数等。如医疗机构血液透析信息系统尚未开发或不完善，可利用 office 等办公软件建立血液透析患者日志，每日登记血液透析患者总例次数、发生动静脉内瘘穿刺损伤例次数，收集统计相关数据信息。

表 8 动静脉内瘘穿刺损伤发生率查检表

汇总	同期发生动静脉内瘘穿刺损伤总例次数				同期经动静脉内瘘血液透析患者总例次数	同期动静脉内瘘穿刺损伤发生率 (%)	同期某级别动静脉内瘘穿刺损伤发生率 (%)		
	轻微穿刺损伤总例次	较重穿刺损伤总例次	严重穿刺损伤总例次	总例次数			轻微穿刺损伤发生率 (%)	较重穿刺损伤发生率 (%)	严重穿刺损伤发生率 (%)
请每日填写以下内容									
日期	当日发生动静脉内瘘穿刺损伤例次数				当日经动静脉内瘘血液透析患者总例次数	当日动静脉内瘘穿刺损伤发生率 (%)	当日某级别动静脉内瘘穿刺损伤发生率 (%)		
	轻微穿刺损伤例次	较重穿刺损伤例次	严重穿刺损伤例次	总例次数			轻微穿刺损伤发生率 (%)	较重穿刺损伤发生率 (%)	严重穿刺损伤发生率 (%)

## 指标五、住院患者血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率

### 1. 定义

统计周期内，血液净化用中心静脉导管相关血流感染例次数与同期血液净化用中心静脉导管留置总日数的千分比。血液净化用中心静脉导管相关血流感染是指血管导管留置期间及拔除血管导管后 48 小时内发生的原发性、且与其他部位感染无关的感染。

### 2. 计算公式

$$\text{住院患者血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率} = \frac{\text{同期血液净化用中心静脉导管相关血流感染例次数}}{\text{统计周期内血液净化用中心静脉导管留置总日数}} \times 1000\%$$

### 3. 说明

(1) 血液净化用中心静脉导管相关血流感染例次数：指统计周期内，患者发生血液净化用中心静脉导管相关血流感染的例次数。同一患者在统计周期内发生导管相关血流感染例次数以感染实际发生频次计算。依据《医院感染监测标准》(WS/T 312-2023)，血液透析感染事件遵循 21 天原则，即两次同类血液透析感染事件发生的间隔时间 $\geq 21$  天，才能确认为 2 次不同事件。统计新发感染病例，暂不统计“带入导管感染病例”。

(2) 患者经中心静脉导管行血液透析数分钟至数十分钟，若出现畏寒、寒颤、发热、不明原因的低血压、呕吐等全身症状，也有少数患者表现为血液透析结束后低热，无论其导管出口处和隧道是否出现红、肿、热、痛、有脓液等异常，都疑似发生血管内导管相关血流感染。通常需经导管动、静脉腔内和外周静脉分别抽取血培养标本并比较细菌生长时间或同时进行定量血液培养、对拔除的导管的尖端培养等以便明确诊断。

(3) 监测对象：留置血液净化用中心静脉导管的住院患者。

(4) 留置导管每跨越0点1次计为1日，当天置入并拔出的导管不统计。带管入院患者以入院当时开始，每跨越0点1次计为1日；带管出院患者以出院日期为止。

(5) 血液净化用中心静脉导管留置总日数：指统计周期内，血液净化用中心静脉导管留置日数之和。

(6) 导管留置日：指统计周期内，患者血液净化用中心静脉导管放置的自然日数。

(7) 血液净化用中心静脉导管类型：参照《中国血液透析用血管通路专家共识(第2版)》，血液净化用中心静脉导管按照导管类型可分为两类：①带隧道和涤纶套的透析导管（tunnel-cuffed catheter, TCC），简称为隧道式导管或长期透析导管。②无隧道和涤纶套的透析导管（non-cuffed catheter, NCC），简称为非隧道式导管或临时透析导管。

#### 4. 意义

血液净化用中心静脉导管相关血流感染与医护人员在导管置入与维护中执行无菌技术操作、消毒隔离和手卫生等密切相关。促进医务人员提升血液净化用中心静脉导管置入及维护规范性，防止并发症发生。

#### 5. 数据来源

建立全院范围内的血液净化用中心静脉导管相关血流感染监测机制，通过医院 HIS 系统、血液透析信息化管理系统，周期性获取血液净化用中心静脉导管相关血流感染例次数、住院患者血液净化用中心静脉导管留置总日数。如未能从医疗机构信息系统获取所需数据资料，可利用 office 等办公软件建立各病区每周期内发生的血液净化用中心静脉导管相关血流感染例次数、住院患者血液净化用中心静脉导管留置日数统计表，收集相关数据信息。



# 手术室护理专业医疗质量控制指标

## 指标一、手术间与手术室护士比

### 1. 定义

统计周期内，医疗机构实际开放手术间数与医疗机构手术室执业护士人数的比。

### 2. 计算公式

$$\text{手术间与手术室护士比 (1: X)} = 1: \frac{\text{医疗机构手术室执业护士数}}{\text{同期实际开放手术间数}}$$

### 3. 意义

反映开放手术间和护理人力的匹配关系，是手术安全管理的一项参考指标。

### 4. 说明

(1) 手术室执业护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在手术室护理岗位工作的护士。

包含：器械护士、巡回护士、教学护士、护理管理岗位护士、返聘护士、休假（含病产假）护士、外出进修（学习）护士。

排除：后勤、医辅等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。

(2) 实际开放手术间数指医疗机构手术室实际开放的手术间数。

包含：择期手术间、门诊手术间、急诊手术间、介入手术间和日间手术间。

### 5. 数据来源

(1) 从医院相关信息系统获取医院实际开放手术间数量。

(2) 从医院人力资源系统采集手术室执业护士数。

表 10 手术间与手术室护士比记录表

表格填写方式：

- 1、数据来源：医院相关信息系统采集。
- 2、手术间与手术室护士比例（1：X）=1：（医疗机构手术室职业护士数/同期实际开放手术间数）。
- 3、手术室执业护士：指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在手术室护理岗位工作的护士，包含器械护士、巡回护士、教学护士、护理管理岗位护士、返聘护士、休假（含病产假）护士、外出进修（学习）护士，排除后勤、医辅等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。
- 4、每季度采集一次数据。

项目	日期	同期实际开放手术间数 (数据为整数)	医疗机构手术室执业护士数 (可从医院人力资源系采集取，数据为整数)	手术间与手术室护士比例
数据采集列表				

## 指标二、手术安全核查正确率

### 1. 定义

抽查手术安全核查正确的患者例数与抽查手术安全核查患者总例数的百分比。

### 2. 计算公式

手术安全核查正确率

$$= \frac{\text{同期抽查正确执行手术安全核查的患者例数}}{\text{统计周期内抽查手术安全核查患者的总例数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

是保证正确的手术患者、正确的手术部位、正确的手术方式的重要指标，是手术准确、安全进行的核心内容；是保障手术和麻醉安全的重要参考指标。

### 4. 说明

(1) 依据卫办医政发[2010]41号文件《手术安全核查制度》和国家卫生健康委印发《手术质量安全提升行动方案（2023-2025 年）》文件规定的内容实施。

(2) 采用现场抽查的方式。每周每个节点（麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前）抽查 10 例，分别统计各节点的手术安全核查正确率。

### 5. 数据来源

采用查检表收集统计周期内手术安全核查正确患者例数和同期抽查手术患者总例数。

表 11 手术安全核查正确率查检表

表格填写方式：

- 1、抽查时先按项目逐一填写，再根据统计要求进行筛查，最终数据汇总。
- 2、手术安全核查正确率=（抽查正确执行手术安全核查的患者例数/同期手术安全核查患者的总例数）×100%。
- 3、手术安全核查：正确执行方式应依据卫办医政发[2020]41号文件《手术安全核查制度》和国家卫生健康委印发《手术质量安全提升行动方案（2023-2025）年》文件规定的内容实施。
- 4、每周每个节点（麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前）抽查 10 例，并分别计算正确率。

汇总	年份	抽查节点	正确率
	统计周期	抽查例数	正确次数
请填写核查的内容			
项目	日期	患者住院号	手术安全核查节点执行是否正确 (是/否)
数据采集列表			

### 指标三、手术标本处理正确率

#### 1. 定义

统计周期内，抽查正确处理的手术标本数与同期抽查手术标本的总数的百分比。

#### 2. 计算公式

$$\text{手术标本处理正确率} = \frac{\text{同期抽查正确处理的手术标本数}}{\text{统计周期内抽查手术标本的总数}} \times 100\%$$

#### 3. 意义

预防手术标本离体核对、暂存、登记和送检过程中发生错误、丢失、干涸、自融等异常情况，影响疾病的定性和治疗，是保证手术标本正确送至病理科的重要措施，以保障患者术后病理诊断结果的准确性。

#### 4. 说明

(1) 手术标本包含术中冰冻标本和术后病理标本。

(2) 手术标本正确处理包括标本离体核对、暂存、登记和送检各环节的正确处理，确保标本名称和数量正确。

(3) 依据《病理专业医疗质量控制指标（2024年版）》中标本规范处理：①标本送检应实施的核查流程，内容包括患者身份、手术和标本等信息；②采用10%中性缓冲甲醛固定液，标本离体时间不宜超过30分钟。

(4) 标本送检应有相应的标本登记信息。

(5) 采用现场抽查的方式，每月抽查20例。

#### 5. 数据来源

采用查检表收集统计周期内手术标本正确处理数和同期抽查标本总数。

表 12 手术安全核查正确率查检表

<p>表格填写方式：</p> <p>1、抽查时先按项目逐一填写，最终数据汇总。</p> <p>2、手术标本处理正确率=（抽查正确处理的手术标本数/同期抽查手术标本的总数）×100%。</p> <p>3、手术标本（术后病理）正确处理：包括标本离体核对、暂存、登记和送检各环节的正确处理，确保标本名称和数量正确。采用 10%中性缓冲甲醛固定液，固定液应为固定标本体积的 10 倍及以上，常温固定，标本离体时间不宜超过 60 分钟。术后病理涉及固定液，因此单独设置统计表。</p> <p>4、每月抽查 20 例。</p>									
汇 总	同期手术 患者总例 数	抽查手 术标本 总数	手术标本 处理环节 正确次数 （离体核 对）	手术标 本处理 环节正 确次数 （暂 存）	手术标 本处理 环节正 确次数 （登 记）	手术标 本处理 环节正 确次数 （送 检）	手术标本处 理环节正确 次数（标本 离体时间未 超过 60 分 钟）	手术标本处理环 节正确次数（固 定液应为所固定 标本体积的 10 倍及以上）	抽查 正确 处理 的手 术标 本数
		抽查比 例	手术标本 处理环节 正确率 （离体核 对）	手术标 本处理 环节正 确率 （暂 存）	手术标 本处理 环节正 确率 （登 记）	手术标 本处理 环节正 确率 （送 检）	手术标本处 理环节正确 率 （标本离体 时间未超过 60 分钟）	手术标本处理环 节正确率（固定 液应为所固定标 本体积的 10 倍 及以上）	手术 标本 处理 正确 率
<p>请填写核查的内容</p> <p>（是否正确处理手术标本：正确处理填写为“1”，错误处理填写为“0”，6 个环节中一个为否则为 0，6 个环节均为“是”则为 1）</p>									
项 目	日期	患者住 院号	离体核对 （是/ 否）	暂存 （是/ 否）	登记 （是/ 否）	送检 （是/ 否）	标本离体时 间未超过 60 分钟 （是/否）	固定液应为所固 定标本体积的 10 倍及以上（是/ 否）	填写 1 或者 0
数 据 采 集 列 表									

## 指标四、手术物品清点正确率

### 1. 定义

统计周期内，抽查手术物品清点正确的患者例数和抽查患者总例数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{手术物品清点正确率} = \frac{\text{同期抽查手术物品清点正确患者例数}}{\text{统计周期内抽查患者总例数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

是有效避免手术异物遗留患者体腔，防范医疗事故，保证患者安全的重要指标。

### 4. 说明

(1) 需清点的手术物品包括手术敷料、手术器械和手术杂项物品。

(2) 应遵循中华护理学会手术室护理专业委员会《手术室护理实践指南（2022年版）》中对手术物品清点的要求。

(3) 抽查包括现场抽查和病例抽查。现场抽查和病例抽查量均为当日手术患者总例数的 5%-10%。

(4) 现场抽查发现任何一个时机手术物品清点执行不正确，则计为该患者手术物品清点不正确。

### 5. 数据来源

采用查检表收集统计周期内手术物品清点正确患者例数和同期抽查患者总例数。

表 13 手术物品清点正确率查检表

表格填写方式：							
1、抽查时先按项目逐一填写，再根据统计要求进行筛查，最终数据汇总。							
2、手术物品清点正确率=（抽查手术物品清点正确患者例数/同期抽查患者总例数）×100%。							
3、手术物品清点：需清点的手术物品包括手术敷料、手术器械和手术杂项物品，清点方式应遵循中华护理学会手术室护理专业委员会《手术室护理实践指南（2023 年版）》中对手术物品清点的要求进行。							
4、每月抽查 20 例。							
汇总	同期手术患者总例数	抽查手术安全核查患者的总例数	手术物品清点环节执行正确次数（手术开始前）	手术物品清点环节执行正确次数（关闭体腔前）	手术物品清点环节执行正确次数（关闭体腔后）	手术物品清点环节执行正确次数（缝合皮肤后）	抽查清点正确患者数
	抽查比例		手术物品清点环节执行正确率（手术开始前）	手术物品清点环节执行正确率（关闭体腔前）	手术物品清点环节执行正确率（关闭体腔后）	手术物品清点环节执行正确率（缝合皮肤后）	清点正确率
请填写核查的内容							
（是否清点正确：正确填写为“1”，错误填写为“0”，4 个时机中一个为否则为 0，4 个环节均为“是”则为 1）							
项目	日期	患者住院号	手术物品清点执行正确（手术开始前）	手术物品清点执行正确（关闭体腔前）	手术物品清点执行正确（关闭体腔后）	手术物品清点执行正确（缝合皮肤后）	填写 1 或者 0
数据采集列表							

## 指标五、术中 2 期及以上压力性损伤发生率

### 1. 定义

统计周期内，手术过程中发生 2 期及以上新发压力性损伤病例数与手术患者总例数的百分比。

### 2. 计算公式

术中 2 期及以上压力性损伤发生率 =

$$\frac{\text{同期术中 2 期及以上压力性损伤新发病例数}}{\text{统计周期内手术患者总例数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

是保证患者舒适与安全的重要内容，对减少患者术中伤害有重要意义。

### 4. 说明

(1) 统计周期内，同一患者多次手术或同一手术过程中发生 1 处或多处 2 期及以上压力性损伤，均计作 1 例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义及分期（2019 版）》界定。

包含：2 期及以上压力性损伤、深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关压力性损伤、粘膜压力性损伤。

排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤。

(2) 术后与 ICU 或者病房进行交接时的皮肤情况为定义标准。

(3) 排除门诊手术患者。

(4) 同期手术患者总数采用医院病案室纳入手术编码的患者总数。

### 5. 数据来源

(1) 从医院相关信息系统获取同期手术患者总数

(2) 从不良事件报告系统或不良事件报告单采集数据。

(3) 收集表仅填写阳性病例详细情况，分母仅填写数量。

表 14 术中 2 期及以上压力性损伤发生率查检表

表格填写方式：					
1、数据来源：医院不良事件报告信息系统采集。					
2、手术患者 2 期及以上术中获得性压力性损伤发生率=(统计周期内手术患者 2 期及以上术中获得性压力性损伤病例数/同期手术患者总例数) ×100%。					
3、2 期及以上术中获得性压力性损伤：统计周期内，同一患者多次手术或同一手术过程中发生 1 处或多次 2 期及以上压力性损伤，均计作 1 例，期别按最高期别统计；压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义及分期（2019 版）界定》；包含 2 期及以上压力性损伤、深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关压力性损伤、粘膜压力性损伤；排除因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；排除门诊手术患者。					
4、发生部位数据来源：预防 ICU 和手术室压力性损伤过程质控工具包。					
汇总	同期手术患者总例数	统计周期内手术患者 2 期及以上术中获得性压力性损伤病例数	手术患者 2 期及以上术中获得性压力性损伤发生率	部位发生次数 (最多的部位)	部位：
					部位发生率
项目	日期	患者住院号 (仅填写发生压力性损伤的患者信息)	手术患者是否发生 2 期及以上术中获得性压力性损伤 (发生填写为“1”)	发生部位	备注
采集数据列表					

## 指标六、手术麻醉期间低体温发生率

### 1. 定义

统计周期内，手术麻醉期间低体温患者例数（医疗目的的控制性降温除外）与同期手术麻醉患者总例数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{手术麻醉期间低体温发生率} = \frac{\text{同期手术麻醉期间低体温患者例数}}{\text{统计周期内手术麻醉患者总例数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

体现围手术期体温保护情况，反映医疗机构术中患者保暖情况，体现手术护理质量。

### 4. 说明

(1) 手术麻醉期间低体温时间范围是指从患者进入手术间开始至患者返回病房前，包括术中和术后麻醉复苏期。

(2) 核心体温低于 36℃则界定为低体温（连续监测体温持续 $\geq 30$  分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间 $\geq 30$  分钟）。

(3) 统计周期内，同一患者多次发生低体温情况计作 1 例。

### 5. 数据来源

从手术麻醉信息系统或手术护理记录单、麻醉记录单上采集术中低体温发生患者例数。

表 15 手术麻醉期间低体温发生率查检表

<p>表格填写方式：</p> <p>1、数据来源：医院手麻信息系统采集。</p> <p>2、手术麻醉期间低体温发生率=（统计周期内全麻手术患者手术麻醉期间低体温患者例数/同期全麻手术患者手术总例数）× 100%。</p> <p>3、低体温：核心体温低于 36℃则界定为低体温（连续监测体温持续≥30 分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30 分钟），统计周期内，同一患者多次发生低体温情况计作 1 例。</p>			
汇总	同期全麻手术患者手术总例数（可从手麻系统获取数据）	全麻手术患者手术麻醉期间低温患者例数	手术麻醉期间低体温发生率
项目	日期	患者住院号	全麻手术患者手术麻醉期间是否发生低体温（发生填写为“1”，结果自动计算）
数据采集列表			

## 指标七、手术过程中异物遗留发生率

### 1. 定义

统计周期内，手术过程中异物遗留发生例数占同期手术患者出院人数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{手术过程中异物遗留发生率} = \frac{\text{同期手术过程中异物遗留发生例数}}{\text{统计周期内手术患者出院人数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

反映手术人员的操作规范、手术异物遗留预防措施和应急处理流程，是保证手术患者安全的重要指标。

### 4. 说明

(1) 手术物品包括手术敷料、手术器械和手术杂项物品。

(2) 依据《三级综合医院评审标准（2022年版）》ICD-10 编码：T81.5，T81.6 的手术患者且该诊断入院病情为“无”。T81.5 指操作后意外遗留于体腔或手术伤口中的异物；T81.6 指在操作中对意外遗留异物的急性反应。

(3) 手术患者出院人数指出院患者择期手术人数，采用医院病案室纳入手术编码的患者。统计单位以人数计算，总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。手术名称和编码参阅《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》。

### 5. 数据来源

病案首页提取。

表 16 手术过程中异物遗留发生率查检表

表格填写方式：

1、数据来源：病案首页提取。

2、手术过程中异物遗留发生率=(统计周期内手术过程中异物遗留发生例数/同期手术患者出院人数) × 1000%。

3、手术过程中异物遗留发生例数：依据《三级综合医院评审标准（2022年版）》ICD-10 编码：T81.5，T81.6 的手术患者且该诊断入院病情为“无”。T81.5 指操作后意外遗留于体腔或手术伤口中的异物；T81.6 指在操作中对意外遗留异物的急性反应。

4、手术患者出院人数指出院患者择期手术人数，采用医院病案室纳入手术编码的患者。统计单位以人数计算，总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。手术名称和编码参阅《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》

汇总	同期手术患者出院人数	统计周期内手术过程中异物遗留发生例数	手术过程中异物遗留发生率
项目	日期	患者住院号（仅填写发生异物遗留的患者信息）	手术患者是否发生异物遗留（发生填写为“1”）
数据采集列表			

# 心血管内科护理专业医疗质量控制指标

## 指标一、心力衰竭患者出入量记录准确率

### 1. 定义

统计周期内查检心力衰竭患者出入量记录准确的例次数占同期查检记录出入量的心力衰竭患者总例次数的百分比。

### 2. 计算公式

心力衰竭患者出入量记录准确率 =

$$\frac{\text{同期查检心力衰竭患者出入量记录准确的例次数}}{\text{统计周期内查检记录出入量的心力衰竭患者总例次数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

(1) 纳入标准：医生医嘱需要记录出入量且心功能为III级、IV级（NYHA分级）的心力衰竭患者。

(2) 入量：进入体内的所有液体。包括饮水量、口服药液量、食物含水量、输液量和输血量等。注：医院常用食物含水量表和各種水果含水量表详见图 1-2。

(3) 出量：从体内排出的所有液体，主要记录显性失水，包括大便、尿量、出血、呕吐物、痰液、穿刺液、引流液等。

(4) 测量注意事项：①出入量的测量应用统一的计量器具；②固体食物称重宜选择专用食品秤，精度值不宜超过 50g；③使用各类量具测量液体时应水平放置，目光与液面齐平读数；④正常大便不再统计，水样便、稀便记录含水量；⑤使用尿垫的患者的尿量应为用电子秤称重湿尿垫的重量再减去干尿垫的重量的差值；⑥对尿失禁的病人应给予接尿措施或留置导尿管以求得准确数值；⑦非显性失水不做记录。

(5) 责任护士观察患者/照护者出入量记录表使用情况及出入量记录情况，并每班准确统计出入量，无多记、少记或漏记，数据与实际相符，一项记录与实际不符则视为记录不准确。

(6) 患者及照护者指导：①建议尽量固定照护者；②责任护士评估患者和照护者情况，在可能的情况下，建议患者及照护者参与患者出入量的记录；③向患者和照护者讲解出入量记录重要性，并给予个体化液体管理建议；④指导出入量记录单的填写，并告知记录内容；⑤可通过在病房内张贴温馨提示、发放宣教手册、播放宣教视频等多种方式对患者及照护者进行出入量记录和液体测量方法的具体指导。

#### 4. 意义

容量超负荷是急、慢性心力衰竭发生、发展重要的病理生理过程。控制液体潴留，减轻容量超负荷是缓解心衰症状、控制疾病进程、提高患者生活质量的重要措施。准确记录出入量有助于医护人员了解患者容量状态，为协助医师制定治疗方案提供重要依据。

#### 5. 数据来源

分子：手工填报，查看出入量记录单、访谈患者和护理人员等，统计患者出入量记录准确的心力衰竭患者例次数。

分母：手工填报，同期查检出入量记录的心力衰竭患者总例次数。

每月进行 1-2 次核查，至少查检 30 例次；不够 30 例次者，按实际例次数统计。

食物	单位	原料重量 (g)	含水量 (ml)	食物	单位	原料重量 (g)	含水量 (ml)
米饭	1中碗	100	240	藕粉	1大碗	50	210
大米粥	1大碗	50	400	鸭蛋	1个	100	72
大米粥	1小碗	25	200	馄饨	1大碗	100	250
面条	1中碗	100	250	牛奶	1大杯	250	217
馒头	1个	50	25	豆浆	1大杯	250	230
花卷	1个	50	25	蒸鸡蛋	1大碗	60	260
烧饼	1个	50	20	牛肉		100	69
油饼	1个	100	25	猪肉		100	29
豆沙包	1个	50	34	羊肉		100	59
菜包	1个	150	80	青菜		100	92
水饺	1个	10	20	大白菜		100	96
蛋糕	1块	50	25	冬瓜		100	97
饼干	1块	7	2	豆腐		100	90
煮鸡蛋	1个	40	30	带鱼		100	50

图1 医院常用食物、水果含水量表

水果	重量 (g)	含水量 (ml)	水果	重量 (g)	含水量 (ml)
西瓜	100	79	葡萄	100	65
甜瓜	100	66	桃	100	82
西红柿	100	90	杏	100	80
萝卜	100	73	柿子	100	58
李子	100	68	香蕉	100	60
樱桃	100	67	橘子	100	54
黄瓜	100	83	菠萝	100	86
苹果	100	68	柚子	100	85
梨	100	71	广柑	100	88

图2 各种水果含水量表



表 18 心力衰竭患者准确记录出入量查检汇总表

医院：		科室：	汇总日期：			汇总人：
查检项目		汇 总 合 计	是	否	未涉及	单项正确率
有统一的计量器具						
入量	注射、输血、输液等					
	饮水、流食					
	固体食物含水量					
	鼻饲等					
出量	尿液					
	大便					
	引流量					
	呕吐物					
	出血量					
表格填写方式： 此汇总表只统计查检患者例次及单项查检“是”或“否”的总例次。						

## 指标二、心血管病患者发生室颤、无脉室速距除颤时间 $\leq 4\text{min}$ 的比率

### 1. 定义

统计周期内发生室颤、无脉室速的心血管病患者距除颤时间 $\leq 4\text{min}$  的例次数与同期心血管病患者发生室颤、无脉室速进行电除颤的总例次数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{心血管病患者发生室颤、无脉室速距除颤时间} \leq 4\text{min} \text{ 的比率} = \frac{\text{同期发生室颤、无脉室速的心血管病患者距除颤时间} \leq 4\text{min} \text{ 的例次数}}{\text{统计周期内心血管病患者发生室颤、无脉室速进行电除颤的总例次数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

(1) 室颤：心室颤动简称室颤，是指心室发生无序的激动，致使心室规律有序的激动和舒缩功能消失，是一种致死性心律失常。

(2) 无脉室速：指出现快速致命性室性心动过速不能启动心脏机械收缩，心排血量为零或接近为零，以致患者意识丧失，大动脉搏动消失，呼吸停止。

(3) 分子：统计周期内心血管内科发生室颤、无脉室速除颤患者中，除颤时间距室颤、无脉室速发生时间 $\leq 4\text{min}$  的患者例次数。

(4) 分母：同期心血管内科患者发生室颤、无脉室速而除颤的总例次数。

①纳入标准：使用手动电除颤板或一次性除颤电极衬垫进行除颤的心血管病患者。（说明：此处一次性除颤电极衬垫是带有自动体外除颤器（AED）功能的除颤仪上使用的）。

②排除标准：发生室颤、无脉室速后通过体内自动除颤仪自动放电的患者。

### 4. 意义

心搏骤停时 4min 以内是 CPR 的黄金时期，尽早除颤是心肺脑复苏成功的关键，电除颤时间每延迟 1min，CPR 成功率会下降7%-10%，通过此指标的监管，评价医护人员对致命性心律失常处理的及时性和对紧急事件处理的规范性。

## 5. 数据来源

分子：手工填报。

(1) 室颤、无脉室速发生时间：①佩戴心电监测患者：心电监测实时显示室颤、无脉室速发生时间；②未佩戴心电监测患者：以第一发现时间或护理记录中记录的室颤、无脉室速发生的时间为准。

(2) 除颤时间：通过回顾除颤仪打印条图中显示的时间。统计两者时间差 $\leq 4\text{min}$  的例次数。

分母：同期进行电除颤的心血管病患者总例次数（连续除颤者，仅统计首次电除颤的患者）。

表 19 心血管病患者发生室颤、无脉室速距除颤时间 $\leq 4\text{min}$  的比率查检表

医院：						科室：					
日期	床号	姓名	性别	年龄(岁)	诊断	发生室颤、无脉室速时间（发生室颤、无脉室速时间和除颤时间记录格式为 XXXX-XX-XX）	除颤时间（发生室颤、无脉室速时间和除颤时间记录格式为 XXXX-XX-XX）	发生室颤、无脉室速除颤时间差（发生室颤、无脉室速除颤时间 $\leq 4\text{min}$ 自动记录为“√”， $> 4\text{min}$ 记录为“×”）	记录人	是否合格	合格率
						2023/12/1 0:05	2023/12/1 0:10	×			
本月出院/转出患者总数：											
表格填写方式：											
(1) 通过回顾心电监测或护理记录确定室颤、无脉室速发生的时间；											
(2) 除颤时间：回顾除颤仪打印条图中显示的时间。											
(3) 心血管病患者室颤、无脉室速距除颤时间 $\leq 4\text{min}$ 的比率 (%) = 同期发生室颤、无脉室速的心血管病患者距除颤时间 $\leq 4\text{min}$ 的例次数 / 统计周期内心血管病患者发生室颤、无脉室速进行电除颤的总例次数 $\times 100\%$											
(4) 每例次均记录，每月进行统计。											

### 指标三、血管活性药物外渗发生率

#### 1. 定义

统计周期内，经静脉使用血管活性药物发生外渗的心血管病患者例数与同期经静脉使用血管活性药物的心血管病患者总例数的百分比。

#### 2. 计算公式

血管活性药物外渗发生率（%）

$$= \frac{\text{同期经静脉使用血管活性药物发生外渗的心血管病患者例数}}{\text{统计周期内经静脉使用血管活性药物的心血管病患者总例数}} \times 100\%$$

#### 3. 指标说明

(1) 血管活性药物：血管活性药物指通过调节血管舒缩状态，改善血管功能，维持稳定的血流动力学从而保证重要脏器血流灌注的一类药物。纳入的药物有：多巴胺、多巴酚丁胺、米力农(磷酸二酯酶抑制剂)、去甲肾上腺素、盐酸肾上腺素、硝普钠、硝酸甘油、硝酸异山梨酯、左西孟旦共9种。

(2) 药物外渗：静脉治疗过程中，腐蚀性药液进入静脉管腔以外的周围组织。

(3) 外渗局部分级：参考2024版INS《输液治疗实践标准》(Infusion Therapy Standards of Practice)中的外渗分期来描述。1期：疼痛；无红斑、局部水肿(输液或穿刺部位上下1%~10%)；2期：疼痛；轻微肿胀(输液或穿刺部位上下高达25%)；轻微红斑(局限于渗出的中心区域)；下方搏动良好；毛细血管在1~2秒内快速充盈；3期：疼痛；中度肿胀(输液或穿刺部位上下25%~50%)；显著红斑(超出渗出中心区)；泛白(仅适用于血管加压素外渗)；部位以下搏动良好；毛细血管在1~2秒内快速充盈；皮感较凉。4期：疼痛；严重肿胀(输液或穿刺部位上下50%以上)；非常明显的红斑(超出肿胀边界)；泛白(非血管加压素外渗)；搏动减弱或消失；毛细血管再充盈>4秒；皮感很凉；皮肤破裂，包括水泡或坏死。

(4) 经静脉使用：包含静脉注射、持续泵入及静脉输液等经静脉应用药物的方式。

(5) 分子：统计周期内使用血管活性药物时进入静脉管腔以外的周围组织的心血管病患者例数。同一患者多次发生药物外渗者，计为 1 例。

(6) 分母：同期使用血管活性药物的心血管病患者的例数总和。同一患者多次或使用多种药物时，计为 1 例。

#### 4. 意义

血管活性药物具有调节血管舒张、收缩功能，是心内科急危重症患者维持血流动力学稳定的常用药物。血管活性药物发生外渗可导致局部坏死等不良反应，通过对该指标的监管可以提高护士对血管活性药物的风险评估、识别与防范能力，从而保障患者用药安全。

#### 5. 数据来源

分子：手工填报，记录统计周期内经静脉应用血管活性药物发生外渗的患者例数；

分母：从医嘱中提取同期经静脉使用血管活性药物的心血管病患者总例数。

表 20 血管活性药物外渗发生率查检表

医院:				科室:													
日期	床号	姓名	性别	年龄(岁)	经静脉使用血管活性药物名称	外渗部位	外渗局部情况				输液工具				记录人		
							1期: 疼痛: 无红斑、局部水肿(输液或穿刺部位上下 1%~10%)	2期: 疼痛: 轻微肿胀(输液或穿刺部位上下高达 25%); 轻微红斑(局限于渗出的中心区域); 下方搏动良好; 毛细血管在 1~2 秒内快速充盈	3期: 疼痛: 中度肿胀(输液或穿刺部位上下 25%~50%); 显著红斑(超出渗出中心区); 泛白(仅适用于血管加压素外渗); 部位以下搏动良好; 毛细血管在 1~2 秒内快速充盈; 皮感较凉	4期: 疼痛: 严重肿胀(输液或穿刺部位上下 50%以上); 非常明显的红斑(超出肿胀边界); 泛白(非血管加压素外渗); 搏动减弱或消失; 毛细血管再充盈>4 秒; 皮感很凉; 皮肤破裂, 包括水泡或坏死	输液钢针	外周静脉留置针	中心静脉导管	其他			

表格填写方式:

- (1) 药物外渗: 静脉治疗过程中, 腐蚀性药液进入静脉管腔以外的周围组织。
- (2) 指标纳入的药物: 多巴胺、多巴酚丁胺、米力农(磷酸二酯酶抑制剂)、去甲肾上腺素、盐酸肾上腺素、硝普钠、硝酸甘油、硝酸异山梨酯、左西孟旦共 9 种;
- (3) 血管活性药物外渗发生率 (%) = 同期经静脉使用血管活性药物发生外渗的心血管病患者例数 / 统计周期内经静脉使用血管活性药物的心血管病患者总例数 × 100%
- (4) 此表只记录应用经静脉使用血管活性药物发生外渗的患者;
- (5) 每月底通过 His 系统查询经静脉使用血管活性药物的患者总例数, 同一患者多次或使用多种药物时, 记为 1 例;
- (6) 同一患者在统计周期内发生多次外渗, 计为 1 例。
- (7) 如有外渗, 请记录外渗局部情况。

# 神经外科护理专业医疗质量控制指标

## 指标一、脑室外引流重点护理措施落实率

### 1. 定义

统计周期内，脑室外引流重点护理措施落实的例次数与查检脑室外引流的总例次数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{脑室外引流重点护理措施落实率} = \frac{\text{同期脑室外引流重点护理措施落实例次数}}{\text{统计周期内查检脑室外引流的总例次数}} \times 100\%$$

### 3. 说明

(1) 脑室外引流管是通过脑室钻孔将引流管置入脑室内并向体外密闭系统引流的管路。

(2) 脑室外引流重点护理措施落实的例次数是指使用核查表现场督导，所有项目均规范落实的例次数。

(3) 脑室外引流的总例次数是统计周期内查检的所有脑室外引流患者例次数之和。

(4) 每周所有实施脑室外引流的患者至少查检一次。

### 4. 意义

落实脑室外引流重点护理措施，可有效预防颅内感染、过度引流、低颅压头痛等并发症。定期查检脑室外引流护理质量，可及时发现存在问题，确保护理措施规范化、专业化、同质化，是医疗机构及神经外科护理管理水平的参考、评价指标。

### 5. 数据来源

手工填报。使用核查表每周至少一次对所有脑室外引流患者进行查检，并建立查检汇总表，统计查检总例数与规范落实例数。

表 21 脑室外引流重点护理措施落实率查检表

填报说明：										
<p>(1) 脑室外引流重点护理措施执行率=脑室外引流重点护理措施执行的例次数/统计周期内查检脑室外引流的总例次数。</p> <p>(2) 脑室外引流重点护理措施落实的例次数是指使用核查表现场督导，所有项目均规范执行的例次数；脑室外引流的总例次数是统计周期内查检的所有脑室外引流患者例次数之和。</p> <p>(3) 查检频次：每周查检实施脑室外引流的患者数不少于 1 次。</p> <p>(4) 评价标准：所有条目均落实计为规范落实，任何一条未落实者均计为未规范落实；</p>										
汇总		统计周期内查检脑室外引流的总例次数	同期脑室外引流重点护理措施规范执行例次数	脑室外引流重点护理措施执行率 (%)						
序号	查检日期	患者识别号	是用“√”表示，否用“X”表示，不涉及用“NA”表示							规范执行例数 (如规范执行计为“1”，未规范执行计为“0”)
			1. 各衔接处紧密连接，引流管无打折受压，引流通畅，引流管内液面随患者呼吸、脉搏上下波动或有引流液流出	2. 遵医嘱固定引流管高度，能正确测量（引流管最高点高于侧脑室平面 10~15 cm，并根据患者颅内压及目标医嘱动态调节），能准确定位脑室平面的体表位置（平卧位：外毗与外耳道连线中点的水平面；侧卧位：正中矢状面）	3. 注意观察引流液量、颜色、性质和引流速度，根据引流量控制目标，医嘱调节引流管高度；成人脑脊液每日引流量一般不超过 500ml，引流速度平均 <15~20ml/h	4. 调整患者床头高度或搬运患者时，须先关闭引流管开关	5. 烦躁患者应及时报告医生，遵医嘱使用镇静药物和（或）保护性约束	6. 引流期间患者头痛加剧、意识加深或者瞳孔发生变化时，立即处理	规范条目数	
/	条目查检总次数									
/	条目规范次数									
/	条目不规范次数									
/	条目不涉及次数									
/	规范条目占比									

## 指标二、脑室外引流颅内感染发生率

### 1. 定义

统计周期内，实施脑室外引流且发生颅内感染的例次数与住院患者脑室外引流管留置总日数的千分比。

### 2. 计算公式

脑室外引流颅内感染发生率 =

同期实施脑室外引流且发生颅内感染的例次数  
统计周期内住院患者脑室外引流管留置总日数  $\times 1000\%$

### 3. 说明

(1) 颅内感染的判断标准可参照《神经外科中枢神经系统感染诊治中国专家共识（2021版）》。

包括：患者留置脑室外引流管 48 小时后至拔除脑室外引流管 48 小时内发生的颅内感染。

排除：置管前已存在的颅内感染。

(2) 住院患者脑室外引流管留置总日数指统计周期内住院患者留置脑室外引流管日数之和。每跨越 0 点 1 次计作 1 日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越 0 点 1 次计作 1 日。带管出院患者以出院日期为止。

(3) 转科患者，由感染发生科室填报数据。

### 4. 意义

颅内感染是脑室外引流最严重的并发症。严格无菌操作、避免引流管逆流及外出检查时夹闭引流管等，是预防颅内感染的重要环节。该指标可指引管理者把控过程质量，也可评价医疗机构及神经外科感染控制与护理管理质量。

### 5. 数据来源

(1) 通过医疗机构相关信息系统获得留置脑室外引流管总日数和新发感

染例次数。

(2) 信息系统不完善的医疗机构可手工统计，每日记录留置脑室外引流管患者信息，包含留置日数和有无感染发生，发生感染的患者填写《脑室外引流颅内感染相关信息收集表》等。

表 22 脑室外引流颅内感染发生率查检表

<p>填报说明：</p> <p>(1) 脑室外引流颅内感染发生率=同期实施脑室外引流且发生颅内感染的例次数/统计周期内住院患者脑室外引流管留置总日数*1000%。</p> <p>(2) 颅内感染的判断标准可参照《神经外科中枢神经系统感染诊治中国专家共识（2021 版）》。包括：患者留置脑室外引流管 48 小时后至拔除脑室外引流管 48 小时内发生的颅内感染。排除：置管前已存在的颅内感染。</p> <p>(3) 住院患者脑室外引流管留置总日数指统计周期内住院患者留置脑室外引流管日数之和。每跨越 0 点 1 次计作 1 日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越 0 点 1 次计作 1 日。带管出院患者以出院日期为止。</p>			
汇总	统计周期内住院患者脑室外引流管留置总日数	同期实施脑室外引流且发生颅内感染的例次数	脑室外引流颅内感染发生率 (%)
日期	脑室外引流管留置日数（当日留置脑室外引流管并跨越 0 点者）	实施脑室外引流且新发颅内感染的例次数	脑室外引流颅内感染发生率 (%)

表 23 脑室外引流颅内感染相关信息收集表

医院:													
病区	住院患者病案号	入院时间 (年/月/日)	性别	年龄	置管时间 (年/月/日)	拔管时间 (年/月/日)	留置总日数	是否采用一体式密闭引流装置	是否每日倾倒引流液	引流期间是否存在引流管漏液	引流期间是否存在伤口敷料渗血、渗液	引流期间是否存在管路堵塞	引流期间是否超过每日目标引流量

表 24 脑室外引流重点护理措施落实情况核查表

科室：\_\_\_\_\_ 患者姓名：\_\_\_\_\_ 床号：\_\_\_\_\_ 院号：\_\_\_\_\_

责任护士：\_\_\_\_\_ 核查人：\_\_\_\_\_ 核查时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时\_\_\_分至\_\_\_时\_\_\_分

序号	评价标准	评价方法	评价结果	存在问题
1	各衔接处紧密连接，引流管无打折受压，引流通畅，引流管内液面随患者呼吸、脉搏上下波动或有引流液流出	<input type="checkbox"/> 现场查看	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2	遵医嘱固定引流管高度，能正确测量（引流管最高点高于侧脑室平面10~15 cm，并根据患者颅内压及目标医嘱动态调节），能准确定位脑室平面的体表位置（平卧位：外眦与外耳道连线中点的水平面；侧卧位：正中矢状面）	<input type="checkbox"/> 现场查看 <input type="checkbox"/> 访谈护士	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3	应遵医嘱确认每日引流总量，调节引流管高度，以达到目标引流量。成人脑脊液每日引流量一般不超过 500ml，引流速度平均<15~20ml/h	<input type="checkbox"/> 查看护理记录单 <input type="checkbox"/> 访谈护士	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4	移动患者或变动体位时，须先关闭引流管开关	<input type="checkbox"/> 现场查看 <input type="checkbox"/> 访谈护士	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5	烦躁患者遵医嘱使用镇静药物和（或）保护性约束	<input type="checkbox"/> 现场查看 <input type="checkbox"/> 访谈护士	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6	引流期间患者头痛加剧、意识加深或者瞳孔发生变化时，立即处理	<input type="checkbox"/> 访谈护士 <input type="checkbox"/> 查看护理记录单	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

注：1. 以上所有条目均落实为脑室外引流护理措施规范落实。  
2. 本核查表以《神经外科脑脊液外引流中国专家共识（2018 版）》为主要参考依据。

# 急诊护理专业医疗质量控制指标

## 指标一、预检分诊护士急诊工作年限≥3 年占比

### 1. 定义

统计周期内，急诊工作年限≥3 年预检分诊护士人数与同期急诊预检分诊护士总人数的百分比。

### 2. 计算公式

$$\text{急诊工作年限} \geq 3 \text{ 年预检分诊护士占比} = \frac{\text{同期急诊工作年限} \geq 3 \text{ 年预检分诊护士人数}}{\text{统计周期内急诊预检分诊护士总人数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

急诊预检分诊是急诊工作的首要步骤，预检分诊护士应具备较好的临床经验判断急诊患者病情危急程度，临床工作年限是其中重要因素。

### 4. 说明

(1) 预检分诊护士：在急诊预检分诊岗位的护士。

(2) 统计时间内急诊预检分诊护士人数以每工作 8h 为 1 个标准预检护士，依次计算各班次急诊预检分诊护士人数，并求和。分子计算各班次急诊工作年限≥3 年的预检分诊护士人数，并求和。2 年规培期内的急诊工作年限不计入本指标急诊工作年限。

### 5. 数据来源

来源于医疗机构相关信息系统或手工统计。

表 25 预检分诊护士急诊工作年限≥3 年占比记录表

医院:						
日期	班次	工作时长	标化护士人数	预检分诊护士代号	预检分诊护士急诊工作年限	是否≥3 年（“是”为标化护士人数，“否”为 0，自动计算）

## 指标二、急诊预检分诊分级准确率

### 1. 定义

统计周期内，急诊预检分诊分级级别与患者最终分诊分级级别相符的人次数与同期急诊预检分诊总人次数的百分比。

### 2. 计算公式

急诊预检分诊分级准确率 =

$$\frac{\text{同期急诊预检分诊分级级别与患者最终分诊分级级别相符的人次数}}{\text{统计周期内急诊预检分诊总人次}} \times 100\%$$

### 3. 意义

预检分诊分级是急诊开展救治工作的首要步骤，是控制急诊风险的重要过程要素，直接影响到急诊工作的医疗、护理质量，目前主要由护理人员承担。准确地预检分诊分级能予以最及时的救治，提高急诊救治效率，最大程度挽救危重患者的生命。

### 4. 说明

(1) 分诊分级准确是指急诊预检分诊级别与患者最终分诊级别相符，即患者就诊后分诊级别不变可判定为准确。在患者离开分诊台后发生的分诊级别修改，可作为分诊分级不准确。急诊预检分诊分级标准（成人）见图 3。

(2) 统计周期内患者接受预检分诊次数以实际发生的次数计算。

### 5. 数据来源

来源于医疗机构相关信息系统或手工统计。

图3 急诊预检分诊分级标准（成人）

级别	指标维度	分级指标		
1级	危急征象指标	心搏骤停		
		呼吸骤停		
		气道阻塞或窒息		
		休克征象		
		急性大出血(出血量>800 ml)		
		突发意识丧失		
		癫痫持续状态		
		脑疝征象		
		剧烈胸痛/胸闷(疑似急性心肌梗死、主动脉夹层、肺栓塞、张力性气胸)		
		特重度烧伤		
1级	单项指标	急性中毒危及生命		
		复合伤/多发伤		
		体温<32℃或>41℃		
		心率<40次/min或>180次/min		
		呼吸频率≤8次/min或≥36次/min		
		收缩压<70 mmHg或>220 mmHg		
		SpO <sub>2</sub> <80%		
		综合指标	MEWS≥6分	
		其他	凡分诊护士根据专业判断,患者存在危及生命并需紧急抢救的情况	
		2级	危急征象指标	持续性胸痛,生命体征稳定,存在高风险或潜在危险
有脑梗死表现,但不符合1级标准				
腹痛(疑似绞窄性肠梗阻、消化道穿孔等)				
糖尿病酮症酸中毒表现				
筋膜室综合征表现				
急性中毒但不符合1级标准				
突发意识程度改变				
精神障碍(有自伤或伤人倾向)				
2级	单项指标			心率40-50次/min或141-180次/min
				收缩压70-80 mmHg或200-220 mmHg
		SpO <sub>2</sub> 80%-90%		
		疼痛评分7-10分(数字疼痛评分法)		
		综合指标	MEWS 4-5分	
		其他	凡分诊护士根据专业判断患者存在高风险或潜在危险,尚未达到紧急抢救的情况	
		3级	单项指标	疼痛评分4-6分(数字疼痛评分法)
			综合指标	MEWS 2-3分
		3级	其他	急性症状和急诊问题
			综合指标	MEWS 0-1分
4级	其他	轻症或非急症情况		

注:患者级别以其中任一最高级别指标确定;1 mmHg=0.133 kPa;  
MEWS为改良早期预警评分(Modified Early Warning Score)。

表 25 急诊预检分诊分级准确率查检表

医院:																	
周期开始日期	周期结束日期	抽查周期内预检分诊总人次	抽查总人次	分级准确人次	预检分诊准确率(抽查)	抽查周期内预检分诊1级总人次	1级抽查总人次	1级分级准确人次	抽查周期内预检分诊2级总人次	2级抽查总人次	2级分级准确人次	抽查周期内预检分诊3级总人次	3级抽查总人次	3级分级准确人次	抽查周期内预检分诊4级总人次	4级抽查总人次	4级分级准确人次
建议全量收集数据																	

表 26 急诊预检分诊分级准确率信息收集表

医院:				
日期	患者识别号	急诊预检分诊级别	患者最终病情级别	是否相符合 (“是”为 1, “否”为 0)

备注: 填写分级不准确者详情

## 指标三、急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标率

### 1. 定义

统计周期内急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标的患者人次数与同期急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查总人次数的百分比。

### 2. 计算公式

急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标率 =

$$\frac{\text{同期急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标的患者人次数}}{\text{统计周期内急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查总人次数}} \times 100\%$$

### 3. 意义

急性胸痛是心脏问题的早期表现之一。在处理急性胸痛患者时，肌钙蛋白检查是诊断急性心肌梗死的金标准之一，及时获取肌钙蛋白检查检查有助于患者疾病诊断与及时救治。急诊护士负责采集包括首份肌钙蛋白检查所需的血液样本，是确保标本采集的准确性和完整性，确保可靠的检测结果的重要角色。

### 4. 说明

(1) 急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标是指就诊的急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查从抽血到获取报告时间 $\leq 20$ 分钟。

(2) 1名急诊患者首份肌钙蛋白检查时间达标则计为1人次，若同一患者在一次就诊中多次抽取肌钙蛋白，计为1人次，并以首份肌钙蛋白检查时间进行统计；若同一患者在统计周期内n次就诊，则计为n人次。

### 5. 数据来源

来源于医疗机构相关信息系统或手工统计。

表 27 急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间达标率查检表

医院:					
日期	预检分诊时为急性胸痛患者的识别号	首份肌钙蛋白抽血完成时间	获取报告时间	急性胸痛患者首份肌钙蛋白检查时间(分钟)	是否≤20分钟 (“是”为1, “否”为0)

全国护理质量联盟

## 指标四、急性缺血性脑卒中溶栓患者到院-开始急诊 CT 扫描时间达标率

### 1. 定义

统计周期内急性缺血性脑卒中溶栓患者到院-开始急诊 CT 扫描时间达标人次数与同期急性缺血性脑卒中溶栓患者总人次数的百分比。

### 2. 计算公式

急性缺血性脑卒中溶栓患者到院 - 开始急诊 CT 扫描时间达标率 =

$$\frac{\text{同期急性缺血性脑卒中溶栓患者到院 - 开始急诊 CT 扫描时间达标人次数}}{\text{统计周期内急性缺血性脑卒中溶栓患者总人次}} \times 100\%$$

### 3. 意义

急性缺血性脑卒中 (acute ischemic stroke, AIS) 最有效的治疗方法是时间窗内给予血管再通治疗。急诊 CT 扫描是诊断急性缺血性脑卒中的关键检查之一，快速平扫 CT 扫描可以帮助医生作出治疗决策。在急诊室，护士常主导沟通协调，与医生、放射技师和其他医疗专业人员紧密合作，确保患者得到及时而准确的诊断和治疗。

### 4. 说明

(1) 急性缺血性脑卒中溶栓患者到院-开始急诊 CT 扫描时间达标是指患者从到院时间到患者开始急诊 CT 扫描时间 $\leq$ 20 分钟。到院时间以预检分诊开始时间计算，开始急诊 CT 扫描时间以患者躺在 CT 床上开始扫描时间计算。

(2) 1 名患者时间达标则计为 1 人次，若同一患者在统计周期内 n 次就诊，则计为 n 人次。

### 5. 数据来源

来源于医疗机构相关信息系统或手工统计。

表 28 急性缺血性脑卒中溶栓患者到院-开始急诊 CT 扫描时间达标率查检表

医院:					
日期	患者识别号 (确诊为急性缺血性脑卒中, 且静脉溶栓者)	急性缺血性脑卒中溶栓患者到院时间 (急诊预检分诊时间)	急诊 CT 扫描时间	急性缺血性脑卒中溶栓患者到院-开始急诊 CT 扫描时间 (分钟)	是否 ≤20 分钟 (“是”为 1, “否”为 0)

全国物理医学康复学杂志