



2024-01113
000001469411

专业技术职务任职资格评审表 (用人单位内部公示版)

单 位 建德市妇幼保健院

姓 名 何红英

现任专业
技术职务 副主任护师

评审专业
技术资格 主任护师

填表时间：2024 年 10 月 17 日

姓名	何红英	性别	女	出生日期	1971-12-23	
身份证件号码	[身份证]3*****1		曾用名	无		
出生地	浙江省杭州市建德市					
政治面貌	中共党员		身体状况	健康		
现从事专业及时间	妇产科护理(34年)		参加工作时间	1990-08-15		
手机号码	134****9126		电子邮箱	215888893@qq.com		
最高学历	毕业时间		学校			
	2008-01-16		杭州师范大学			
	专业		学制		学历(学位)	
	护理学		3年		本科(无)	
现工作单位	建德市妇幼保健院					
单位地址	建德市洋溪街道洋安路368号					
单位性质	事业单位		上级主管部门	建德市卫生健康局		
专业技术职务任职资格及取得时间	资格取得时间		专业技术职务任职资格		审批机关	
	2011-11-29		卫生技术 - 副主任护师		浙江省人力资源和社会保障厅	
聘任专业技术职务及取得时间	取得时间		聘任专业技术职务			
	2011-12-01		卫生技术 - 副主任护师			
申报类型	卫生专业技术人员职称划分为医、药、护、技四个专业类别					
职称外语成绩			职称计算机成绩			
懂何种外语, 达到何种程度	掌握简单的英语读、写、听、说。					

1. 教育经历

日期	学校名称/学位授予单位	学历/学位	学制	专业
2005-01-15~ 2008-01-16	杭州师范大学	本科	3年	护理学
1997-05-03~ 2001-12-30	浙江大学	专科	4年	护理
1987-09-01~ 1990-07-01	浙江省杭州护士学校	中专	3年	助产士

2. 工作经历

起止时间	工作单位	职务	从事专业技术工作	是否援藏援疆援青援外	是否博士后工作经历
2011-12-01~ 2024-10-17	建德市妇幼保健院	产科病区护士长、副主任护师	护理人员-妇产科护理	否	否
2001-03-01~ 2011-11-30	建德市妇幼保健院	主管护师	护理人员-妇产科护理	否	否
1997-11-01~ 2001-02-28	建德市中医院	助产师	护理人员-妇产科护理	否	否
1990-08-15~ 1997-10-31	建德市第二人民医院	助产士	护理人员-妇产科护理	否	否

3. 继续教育（培训）情况

起止时间	组织单位	培训项目	课程类型	学时	学习情况
无					

4. 学术技术兼职情况

起止时间	单位或组织名称	所任职务	工作职责
无			

5. 获奖情况

获奖时间	获奖项目名称	获奖等级	获奖名称	排名
------	--------	------	------	----

无				
---	--	--	--	--

6. 获得荣誉情况

授予时间	授予单位	级别	荣誉称号名称
2020-05-12	杭州市护理学会	地市级	2019-2020年度杭州市先进护士长

7. 主持参与科研项目（基金）情况

起止时间	来源（委托单位）	级别	项目类型	金额（万元）	项目（基金）名称	是否结题	排名
无							

8. 主持参与工程技术（经营管理）项目情况

起止时间	项目名称	项目类别	主持或参与	本人职责
无				

9. 论文

发表时间	论文题目	刊物名称	论文类别	排名
无				

10. 著（译）作（教材）

出版时间	出版单位	书名	ISBN	作者	出版物类型
无					

11. 专利（著作权）情况

批准时间	专利（著作权）名称	类别	发明(设计)人
无			

12. 主持（参与）制定标准情况

发布时间	标准名称	主持或参与	标准级别	标准编号
无				

13. 成果被批示、采纳、运用和推广情况

--

立项时间	产品技术名称	已取得的社会效益	技术创新水平（在国内同行业中的地位）
无			

14. 资质证书

有效期	发证机构	证书名称	专业名称	证书等级
2011-11-29~ 长期有效	浙江省人力资源和社会保障厅	浙江省高级专业技术资格证书	妇产科护理	副高级
2008-11-27~ 2028-11-27	浙江省卫生厅	护士执业证书	护理	初级（员级）
1991-11-01~ 长期有效	建德县人事局	初级专业技术职务资格证书	助产士	初级（员级）

15. 奖惩情况

时间	名称	类型	描述
无			

16. 教学工作情况

年度	学期	讲授主要课程名称	授课专业(班级及学生数)	学年总课时	教学业绩等级
无					

17. 学术报告讲座情况

时间	举办单位或部门	地点	参加对象	参加人数	主题
2024-08-27	建德市妇幼保健院护理部	行政楼大会议室	全院护士	55	产后出血的容量管理与子宫破裂的识别处置
2023-05-16	建德市妇幼保健院护理部	行政楼4楼会议室	全院护士	52	护理病例书写
2022-02-25	建德市妇幼保健院护理部	行政楼4楼会议室	全院护士	65	女病人导尿管、胰岛素注射

					、催产素静滴 引产操作技术 并发症预防和 处理
--	--	--	--	--	----------------------------------

18. 代表性专业技术工作实例

发生时间	实例标题	实例情况
2024-08-22	妊娠期高血压、胎盘早剥、妊娠合并甲减	<p>一、基本信息:姓名:程某某,性别:女,年龄:35岁,住院号:01097809.诊断:1.孕2产2孕38+3周LOA难产活婴 2.胎盘早剥 3、产后出血4、胎心型胎儿窘迫5、妊娠期高血压6.妊娠合并甲状腺功能减退症7.高龄经产妇</p> <p>二、简要病史:因“停经38+1周,产检发现血压偏高3天”于2024-8-20入院。入院后予拉贝洛尔口服降压治疗。2024-8-21行双水囊球囊引产术。8-22行人工破膜术,破膜后1小时未发动宫缩,于10:20予缩宫素针2.5单位入液静滴引产.14:21宫缩20-30秒/2分钟,宫缩过频,予停催引。15:45出现频繁早减,考虑胎头受压,持续胎心监测,15:55阴道检查示先露头,棘上2cm,宫口开3cm,已破膜,羊水未见。16:00产妇自诉头昏,无头痛眼花,测血压150/100mmHg,予拉贝洛尔片0.1g口服降压治疗,16:12胎心监护出现晚减,阴道检查先露头,棘上1cm,宫口开4cm,见暗红色血液量约30ml。立即通知何红英护士长。何红英护士长于16:16入产房指导。胎心监护下见频繁晚减,考虑存在胎儿窘迫,胎盘早剥可能,予急诊手术。术后一般情况好,第五天出院。</p> <p>三、护理查房和指导:1.组织学习胎盘早剥的临床表现及处理流程。2.重点分析妊娠期高血压为何易并发胎盘早剥。胎盘早剥在胎心监护上常常易表现出何种图行:1)子痫前期的孕产妇发生胎盘早剥的原因:①子痫前期因持续的高血压和蛋白尿可导致血管内皮细胞功能障碍,影响脐带血流,从而增加胎盘早剥发生风险。②孕妇底蜕膜螺旋小动脉痉挛或硬化,继而使远端毛细血管变性坏死并破裂出血,而破裂而出的血液极易流至胎盘与底蜕膜之间,进入胎盘后渐成血肿,最终导致胎盘早剥发生。2)有研究表明胎盘早剥患者的胎监异常类型包括胎儿心动过速、胎儿心动过缓、基线变异缺失、微小变异、无加速、反复性变异减速、反复性晚期减速、延长减速、正弦波形及宫缩波异常。常见的胎监异常类型依次为无加速(94.6%)、</p>

		<p>微小变异（32%）、变异减速（30.4%）、宫缩波异常（28.6%）及晚期减速（28.6%）。同一病例可同时存在2个或2个以上胎监异常类型。大家在工作中要学会判读胎心监护，有异常及时汇报。3. 指导建议：（1）. 妊娠期高血压患者催引时不能太激进，要保守，宫缩不能过密。且需加强观察。</p> <p>（2）. 胎盘早剥的早期识别及预见性护理A. 早期识别：胎盘早剥属于产科重症之一，典型症状为：突发持续性腹痛，伴有或不伴有阴道流血，严重时出现休克，弥散性血管内凝血，若症状较轻可表现为阴道流血、伴随轻度腹痛，根据病情严重程度将胎盘早剥分为3度，I 度也就是轻度胎盘早剥贫血体征不明显，而症状明显者可突发持续性腹痛与胎盘积血。临床症状不典型产妇病情可能被忽视，从而引发严重的不良后果，针对此，需要产科护理人员加强观察。B. 预见性护理：若产妇阴道有流血现象，伴随轻度腹痛情况，胎心率发生变化，可初步判断出现轻度胎盘早剥，并通知医生进行进一步判断。若产妇突然发生持续性腹痛或腰酸、腰痛，出现恶心、呕吐，面色苍白、出汗、脉弱及血压下降等休克征象，腹部有压痛，持续性宫缩，则考虑重型胎盘早剥，并通知医生进行处理。（3）妊娠合并甲状腺功能减退症的孕产妇妊娠前后的管理：1) 妊娠前：计划妊娠的甲减女性应在妊娠前将甲状腺功能控制在理想状态，TSH 应$<2.5\text{mIU/L}$。伴T1DM、其他自身免疫病或者有AITD 家族史者，应当在孕前查 TSH 。TSH 低于2.5mIU/L后，再考虑怀孕。2) 妊娠中：接受 L -T4治疗的甲减患者一旦确定妊娠，L -T4剂量需增加25%~30%，并按需随时调整剂量。注意饮食调整，保持高蛋白高维生素和低脂低糖的饮食原则，适当多吃富含碘元素的食物。3) 妊娠后：产后 L -T4剂量应降至妊娠前水平，产后6周重新评价甲状腺功能。另外需注意以下事项：甲减患者常伴有贫血、血脂及肌酐、磷酸激酶浓度升高等情况，需定期检查相关指标。甲减可能导致孕妇免疫力下降，应适当运动以提高自身抵抗力。注意保暖，避免身体受寒受凉。</p>
2024-06-27	持续性枕横位、胎盘早剥、子宫胎盘卒中	<p>一、基本信息：姓名：黎某某，性别：女，年龄：32岁，住院号：01097262. 诊断：1、孕1产1孕39 +5周LOT难产活婴，2、持续性枕横位3、胎膜早破 4、胎盘早剥 5、子宫胎盘卒中</p> <p>二、简要病史：因“停经39+4周，阴道少量流液8小时”于2024-6-26入院。于入院当日行0.5%缩宫素针静滴引产，无效</p>

，OCT阴性。6月27日继续行0.5%缩宫素针静滴引产，13:50予以椎管内置管行无痛分娩。18:00见流出羊水清，无阴道流血，宫缩间隔时间3-4分钟，持续时间30秒，性质中。阴道检查：先露头，LOT，产瘤大小约4.0*4.0cm，棘下1.0cm，宫口开10.0cm，胎膜已破，羊水清。胎位为枕横位，用腹压近2小时，胎头下降不明显。拟“持续性枕横位”行子宫下段剖宫产术，手术经过顺利，术后予产后常规护理，术后第五天出院。

三、护理查房和指导：1. 组织学习胎盘早剥的临床表现及处理流程等。重点讲解胎盘早剥患者的胎监异常类型包括胎儿心动过速、胎儿心动过缓、基线变异缺失、微小变异、无加速、反复性变异减速、反复性晚期减速、延长减速、正弦波形及宫缩波异常。2. 组织学习持续性枕后位、枕横位的分娩机制等知识：当胎头以枕后位或枕横位衔接，胎头双顶径抵达中骨盆平面时完成内旋转动作，大多数能向前转成枕前位，胎头得以最小径线通过骨盆最窄平面顺利经阴道自然分娩。若经充分试产，胎头枕部不能转向前方，仍位于母体骨盆后方或侧方，致使分娩发生困难者，称为持续性枕后位或持续性枕横位。其分娩机制有（1）左或右枕后位：内旋转时向后旋转45°成正枕后位，其分娩方式有：A) 俯屈较好：胎头继续下降至前囟抵达耻骨联合下时，以前囟为支点，继续俯屈，自会阴前缘先娩出顶部及枕部，随后胎头仰伸，经过耻骨联合下后相继娩出额、鼻、口、额。B) 俯屈不良：胎头以较大的枕额周径旋转，除少数产力好、胎儿小能以正枕后位自然娩出外，般均需手术助娩。往往胎头额部先拨露，当鼻根出现在耻骨联合下缘时，以鼻根为支点，胎头先俯屈，使前囟、顶部及枕部相继从会阴前缘娩出，胎头再发生仰伸，自耻骨联合下相继娩出额、鼻、口及颊。（2）枕横位：一般能经阴道分娩，但多需用手或胎头吸引器（或产钳）协助将胎头转成枕前位后娩出。部分枕横位在下降过程中由于内旋转受阻或枕后位仅向前旋转45°成为持续性枕横位时，应当警惕。3. 指导建议：（1）无痛分娩的产妇疼痛感几乎无，需加强对宫缩及腹部肚型的观察。（2）持续性枕后位枕横位的处理：无骨盆异常、胎儿不大时，可试产，应严密观察产程。潜伏期需保证产妇充分休息与营养，可注射替啶。让产妇向胎儿肢体方向侧卧，以利胎头枕部转向前方。活跃期需注意宫口开全之前不宜过早用力屏气。如果在试产过程中出现胎窘征象或经人工破膜、静脉滴注缩宫素等处理效

		<p>果不佳，每小时宫口开大$<0.5\text{cm}$或无进展时，应行剖宫产术结束分娩。若第二产程进展缓慢，初产妇已近2小时经产妇已近1小时，应行阴道检查确定胎方位。若 $S \geq +3$（双顶径已达坐骨棘及以下）时，可先徒手将胎头枕部转向前方或用胎头吸引器（或产钳）辅助将胎头转至枕前位后阴道助产。若第二产程延长而胎头双顶径仍在坐骨棘以上或 $S \leq +2$，或伴胎儿窘迫时，应考虑行部宫产术。（3）持续性枕后位枕横位的阴道检查经验指导：枕后位时盆腔后部空虚。查明胎头矢状缝与骨盆横径一致，后卤位于骨盆左侧，为枕左横位；若后自在右侧方为枕右横位。胎头矢状缝位于骨盆左斜径，前卤在骨盆右前方，后卤在骨盆左后方为枕左后位，反之为枕右后位。因胎头俯屈差，前卤常低于后卤。若宫口开全，因胎头产瘤、胎头水肿、颅骨重叠时，触不清颅缝及卤门，借助胎儿耳廓及耳屏位置及方向判定胎方位。也可借助肛门检查了解骨盆后部情况，协助确定胎方位。肛门检查前用消毒纸覆盖阴道口避免粪便污染，检查者戴手套用右手示指蘸润滑剂伸入直肠内检查。</p>
2023-12-04	前置胎盘、妊娠期糖尿病	<p>一、基本信息：姓名：叶某某，性别：女，年龄：38岁，住院号：01095372. 诊断：1、孕3产2孕38+3周LOA难产活婴2、疤痕子宫3、完全性前置胎盘4、妊娠期糖尿病5、妊娠合并甲状腺功能减退症6、高龄经产妇7、胎盘植入8、产后出血</p> <p>二、简要病史：因“停经38+2周”于2023-12-3入院. 入院后完善相关检查，予产前护理常规。考虑疤痕子宫，低置胎盘，于2023-12-4送手术室行子宫下段剖宫产术，术中见完全性前置胎盘，手术经过顺利，术中补液 1800ml，术中出血约 1300ml，术毕尿量300ml，色清，病情稳定，术后安返病房。予一级护理，输同型血浆200ml。恢复佳，术后第五天出院。</p> <p>三、护理查房和指导：1. 组织学习前置胎盘的概念、表现、应急处理及护理等相关知识。2. 重点分析碰到前置胎盘大出血病人来院时该如何快速正确处理。3. 指导建议：（1）前置胎盘是禁阴道检查的，此病人孕期B超有提示胎盘边缘覆盖宫颈口，虽入院时B超未提示前置胎盘，但是我们仍应多一个心眼，阴道检查前需和管床医生做好沟通，不要盲目做阴道检查，以防引起大出血。（2）如启动DDI时我们平时的送手术时间还是偏慢，动作要加快，一旦医生发起了DDI，第一时间通知手术室，已最快的速度送到手术室，导尿等都可以去手术室做。减少时间耽误。（3）前置胎盘和胎盘早剥的区别要熟记于</p>

		<p>心，并且碰到实际病人时要沉着冷静，不可慌乱，要懂得第一时间求助，要借助团队的力量。（4）延伸学习预防性介入治疗在胎盘植入性疾病的应用专家共识（2023）。近年来，随着介入技术的发展，预防性介入性技术已成为减少胎盘植入性疾病并发严重产后出血的一种治疗方法，目前主要有两种方式，预置动脉球囊阻断术（PBO）和子宫动脉栓塞术（UAE）。PBO是在分娩前预防性放置动脉球囊导管，胎儿娩出后迅速充盈球囊临时阻断血流，以利于后续剥离胎盘或行子宫切除术，减少术中发生严重出血的几率。UAE是通过血管介入技术使用栓塞剂栓塞子宫动脉，大多预防性用于PAS中孕期引产，减少引产过程中的大出血。虽然目前我院未开展这两项技术，但是作为产科护理人员需积极了解这些前沿信息。（5）该产妇为GDM患者，但是护理人员的饮食指导过于宽泛，导致该孕产妇仍不知该如何选择食物。可指导GDM患者优先选择低GI食物，适量选择中GI食物，减少高GI食物的摄入。GI指食物能够引起人体血糖升高的能力，不同食物的GI不同，<55为低GI食物，55-70为中GI食物，>70为高GI食物。低GI饮食模式指在同一类食物组中选择低GI类别的食物。该饮食模式可以该饮食模式可以改善GDM患者空腹血糖、餐后2小时血糖和糖化血红蛋白水平，并能降低早产、巨大儿、新生儿低血糖的风险。指导患者可用燕麦、藜麦、大麦、荞麦、杂粮饭、杂粮馒头、荞麦面条等替代精制米面，每日膳食纤维摄入量为25-30g。饮食以新鲜蔬菜、水果、豆类、鱼类和橄榄油为主，适量摄入乳制品和坚果，少量摄入红肉（猪肉、牛肉、羊肉）。避免大量摄入加工肉类、精制谷物、快餐、奶油、椰奶及油炸食物。我们可为病人制定2份食谱供她们选择及参考。（6）妊娠合并甲状腺功能减退症的孕产妇妊娠前后的管理：1）妊娠前：计划妊娠的甲减女性应在妊娠前将甲状腺功能控制在理想状态，TSH应<2.5mIU/L。伴T1DM、其他自身免疫病或者有AITD家族史者，应当在孕前查TSH。TSH低于2.5mIU/L后，再考虑怀孕。2）妊娠中：接受L-T4治疗的甲减患者一旦确定妊娠，L-T4剂量需增加25%~30%，并按需随时调整剂量。注意饮食调整，保持高蛋白高维生素和低脂低糖的饮食原则，适当多吃富含碘元素的食物。3）妊娠后：产后L-T4剂量应降至妊娠前水平，产后6周重新评价甲状腺功能。</p>
2023-09-04	死胎合并重度子痫	一、基本信息：姓名：陶某某，性别：女，年龄：26岁，住院

前期、胎盘早剥、DIC

号：01094608. 诊断：1、孕1产1孕32+3周LOA难产死胎2、重度子痫前期3、胎盘早剥III级4、DIC 5. 产后出血6. 高钾血症7. 急性肾功能不全8. 妊娠合并甲减

二、简要病史：因“停经33+3周，下腹隐痛7+小时”于2023年9月4日入院。入院后完善相关检查，监测血压情况，维生素K1针肌注预防出血，并予针对性心理护理。入院时血压143/92mmHg。08:15查房时发现产妇持续腹痛，测血压184/114mmHg，强直宫缩，考虑胎盘早剥，立即通知护士长。何红英护士长8:17入病房组织护士有序抢救。予宫底划线，急诊胎盘超声，急诊血常规，凝血功能，硝苯地平片10mg口服，硫酸镁针静滴解痉治疗。08:21接化实验室危急值报告：APTT：37.30S，FIB：<0.30g/L，PT：19.2S。积极遵医嘱予以纤维蛋白原静滴，备血。08:29接彩超室危急值报告：提示胎盘早剥不排除。考虑重度子痫前期，胎盘早剥，DIC，立即遵医嘱予以纤维蛋白原2.0静滴，申请A型RH阳性悬浮红细胞4.0u，新鲜冰冻血浆800ml，急诊送手术室行剖腹取胎术。术中术后出血共约2000ml，术中补液量4300ml，输“A”型RH阳性悬浮红细胞4U，新鲜冰冻血浆790ml，自体血回输300ml，尿量200ml，色清。术后安返病室，予术后护理常规。平稳出院。

三、护理查房和指导：1. 组织学习妊娠期高血压的概念、分类、表现、观察与处理、用药护理等相关知识。2. 组织学习胎盘早剥的概念、表现、观察与应急处理等相关知识。3. 重点分析病人病程是如何一步步进展的，死胎、DIC、高血压、胎盘早剥之间的因果关系。以及发生以上情况如何去发现、如何处理。4. 指导建议：（1）死胎病人入院后往往不引起重视，当普通的引产病人看待。这是非常可怕的，死胎病人是很容易引起凝血功能障碍等危重情况的。必须要引起重视。严密观察生命体征、阴道出血、肚型、病人的主诉等。有异常及时汇报。

（2）对于重度子痫前期的应急处理还比较欠缺。对于入院就血压偏高的死胎病人，未将开口器拉舌钳等抢救物品放于床头，病房也未保持安静。交接班时未重点交接。有待进一步改进。（3）对于胎盘早剥的表现局限于书本，对临床真正出现的表现辨别能力有待提高。（4）DIC是在产科疾病基础上发生的，以出血、栓塞及微循环障碍为特征的临床病理综合征。我们平时很少碰到，需知晓相关知识。并发DIC的产科常见疾病有胎盘早剥、羊水栓塞、HELLP综合征、围产期脓毒症、死胎滞

		<p>留等。而产科原发病发展到DIC的过程隐匿，缺乏预警。所以早期识别、正确诊断和及时处理至关重要。DIC的主要诊断指标有：PT和 APTT 、 Fib 浓度及血小板计数反映了凝血因子消耗， FDP 、 D - 二聚体反映纤溶系统活化。我们在碰到DIC病人时，需做好对症支持，如保暖、开通两路静脉通路、纠正缺氧等。（5）延伸学习关于死胎的相关专家共识：死胎是最常见的不良妊娠结局之一。导致死胎的因素很多，即使经过全面的评估，仍然有很大一部分死胎无法明确病因。我们要了解死胎的危险因素，比如胎儿生长受限，胎盘早剥，胎儿染色体异常，感染，脐带因素等。对于死胎的评估应包括胎儿尸检，胎盘，脐带和胎膜的大体和组织学检查以及遗传学检查。应及时对死胎进行全面检查，注意胎儿所有异常结构的特征，并测量体重、身长和头围。所有死胎应留取全身照片（未穿衣服），面部、四肢和手掌的正面和侧面照片，以及异常部位的特写照片。在以后得工作中需操作起来。另外应权衡利弊，结合医院情况，综合决定死胎的最佳分娩方式。</p>
2022-04-09	产后出血	<p>一、基本信息：林某某，性别：女，年龄：36岁，住院号：01089718. 诊断：1. 孕5产2孕40+5周LOA顺产活婴2. 产后出血3. 失血性休克4. 凝血功能障碍 5. 低蛋白血症6. 妊娠合并甲状腺减 7. 高龄经产妇 8. 新生儿轻度窒息</p> <p>二、简要病史：因“停经40+4周”于2022-4-8入院。2022-4-9予0.5%缩宫素静滴催引，于催引当日15:32自娩一成熟女活婴，予缩宫素10u肌注，胎盘娩出后一阵阴道出血约200ml，立即予按摩子宫及宫缩剂使用促宫缩治疗，阴道持续出血约300ml，检查子宫下段收缩差，未见明显软产道裂伤，考虑子宫收缩乏力，持续低流量吸氧，保暖，同时开通2路静脉通道，持续按摩子宫，同时予强宫缩剂使用并急查血常规+凝血功能，期间子宫下段收缩仍差，阴道仍有活动性出血，呈阵发性，不伴血凝块，15:55共计出血约 800ml，予留置导尿，记24小时出入量，继续按摩子宫，同时呼叫护士长何红英及科主任宋洁副主任医师，并予交叉配血，拟输同型红细胞2u。16:10出血共约1200ml，呼叫全院产科抢救小组，追加同型红细胞2u，新鲜冰冻血浆 400ml，再次予欣母沛强宫缩剂使用促宫缩治疗，患者血压72/50mmHg，血氧饱和度100%，脉搏130次/分，尿量少，面色苍白，考虑患者有低血容量性休克，加快输液速度，予羟乙基淀粉 酶500ml继续补液及缩宫对症</p>

治疗。期间护士长何红英于16:05入产房并指挥护理团队有序抢救。经输血、输液、补充凝血因子、抗休克等一系列对症支持处理后，21:40患者生命体征平稳，神志清楚，肢体暖和，阴道出血逐渐减少，子宫下段收缩好转，产时出血共计约2600ml，补液3550ml，共输“O”型RH阳性悬浮红细胞8u+新鲜冰冻血浆420ml，留置导尿管固定通畅，引流出尿量约500ml，色清。病情稳定回母婴同室，产后第三天出院。

三、护理查房和指导：1.组织学习产后出血及低血容量性休克的表现、处理原则、应急流程等。2.组织学习科室常用宫缩剂的药理作用、常用剂量、规范使用及药物不良反应等。强调麦角新碱和缩宫素联合使用预防产后出血的效果优于单独使用缩宫素，尤其是高危人群，但应注意药物使用的禁忌症和不良反应的处理，高血压者禁用。以及氨甲环酸应尽早使用，强调在产后3小时内使用。以及氨甲环酸应尽早使用，强调在产后3小时内使用。使用方法：1g静滴，滴注时间不少于10分钟，如30分钟后出现仍未控制或24小时后再次出血，可重复使用一次。3.分析讨论产后出血需观察的重点，如何快速反应及团队配合。4.再次学习中华医学会妇产科学分会产科学的2023产后出血预防与处理指南。强调产后出血处理的“四早原则”——尽早呼救及团队抢救、尽早综合评估及动态监测、尽早针对病因止血和尽早容量复苏及成分输血，避免错过抢救时机而导致孕产妇发生严重并发症甚至死亡。5.指导建议：（1）.在抢救过程中，需密切关注生命体征及病人的神志、面色、尿量等。

（2）动脉血的采集技术需加强。（3）人文关怀、心理护理要跟上。（4）产后需监测生命体征，注意子宫复旧及阴道出血情况，从中医适宜技术方面去调理气血，如耳穴压豆、穴位贴敷等。（5）DIC是在产科疾病基础上发生的，以出血、栓塞及微循环障碍为特征的临床病理综合征。我们平时很少碰到，需知晓相关知识。并发DIC的产科常见疾病有胎盘早剥、羊水栓塞、HELLP综合征、围产期脓毒症、死胎滞留等。而产科原发病发展到DIC的过程隐匿，缺乏预警。所以早期识别、正确诊断和及时处理至关重要。DIC的主要诊断指标有：凝血酶原时间（PT）和活化部分凝血活酶时间（APTT）、Fib浓度及血小板计数反映了凝血因子消耗，FDP、D-二聚体反映纤溶系统活化，妊娠期存在生理性高凝状态，需非常重视上述指标的动态变化。我们护理人员在碰到DIC病人时，需做好对症支持，如保暖、开通两路静脉通路、纠正缺氧等，其它根据

医嘱再对症处理。

19. 新理论、新知识、新技术应用推广

起止时间	项目名称	项目来源	项目概况	应用推广情况及成效
2022-11-01~ 2024-10-17	新生儿早期基本保健	新生儿保健特色专科建设	新生儿早期基本保健推荐的核心干预措施包括规范的产前母胎监测与处理、新生儿生后立即和彻底擦干、母婴皮肤接触至少90 min 并完成第1次母乳喂养、延迟脐带结扎、延迟新生儿洗澡至生后24h, 以及早产儿袋鼠式护理、新生儿复苏技术和新生儿感染治疗等。可增加纯母乳喂养率, 降低新生儿低体温、败血症等的发生率。	应用推广期间, 产房助产士熟练掌握新生儿早期基本保健的实施操作。掌握新生儿复苏、新生儿疾病早期症状识别、母乳喂养咨询指导等技术。开展一年来, 已成功实施新生儿早期基本保健769例, 82.7%的本院出生新生儿均成功实施新生儿早期基本保健。产妇产时体验感上升, 满意度上升。母乳喂养率上升。新生儿低体温发生率明显下降。
2022-09-03~ 2024-10-17	自由体位分娩	自由体位待产及分娩	自由体位分娩作为一种回归自然的分娩方式, 近年来在国际及国内均受到广泛关注与推广。该分娩方式允许孕产妇在分娩过程中选择自己舒适且有利于宝宝出生的可控体位姿势(如蹲位、站位、跪位、俯卧位等), 旨在明显缩短产程、减轻产痛, 并促进自然分娩。自由体位分娩不仅能够提升分娩过程的舒适度和安全性, 还能增强孕产妇的分娩体验, 符合现代产	在应用推广期间成功开展15例侧卧位分娩, 8例手膝位分娩, 3例站位分娩, 5例坐位分娩, 均未发生严重会阴撕裂伤。得到了产妇的认可。同时产房助产士也基本掌握了自由体位分娩的技巧。推广期后成功迈入成熟期, 此后便根据产妇的意愿结合适应症禁忌症等常规开展自由体位分娩。

			<p>科医学“以人为本，关爱生命”的发展理念。因此，开展自由体位分娩新技术新项目具有深远的临床意义和社会价值。本项目旨在通过引进和推广自由体位分娩新技术新项目，实现以下目标：提高自然分娩率：通过优化分娩体位，减少不必要的医疗干预，促进自然分娩。减轻产痛：利用自由体位分娩的优势，帮助孕产妇在分娩过程中减轻产痛，提升分娩舒适度。缩短产程：通过选择合适的分娩体位，促进产程的顺利进行，缩短产程时间。提升分娩体验：增强孕产妇在分娩过程中的主动性和参与感，提升分娩体验，减少分娩后的心理创伤。</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

20. 对口帮扶（下基层）情况

起止时间	帮扶地点	帮扶内容
无		

21. 带教情况

起止时间	带教类型	带教对象类型	带教对象姓名	带教内容
2022-11-02~ 2022-11-28	下级医务人员带教	下级医务人员	阎爱蕙	1. 病房及产房的环境、消防通道和设施，消防应急流程，防护用品的使用，手卫生。 2. 产科各班职责，听诊胎心音操作

				<p>，胎心监护操作，硫酸镁静滴操作，新生儿卡介苗接种操作，新生儿体重测量操作，输液泵、微量泵、黄疸检测仪的使用，心电监护仪、呼吸气囊、除颤仪的操作。</p> <p>3. 抢救车药品的作用与副作用，产科常用药品的作用与副作用，不良事件上报及处理流程。</p> <p>4. 母婴同室消毒隔离制度，分级护理制度，母婴交接制度，值班与交接班制度，查对制度，产科新生儿身份确认制度，剖宫产新生儿管理制度，早吸吮制度。</p>
2021-08-06~ 2021-08-30	下级医务人员带教	下级医务人员	刘紫薇	<p>1. 病房及产房的环境、消防通道和设施，消防应急流程，防护用品的使用，手卫生。</p> <p>2. 产科各班职责，听诊胎心音操作，胎心监护操作，硫酸镁静滴操作，新生儿卡介苗接种操作，新生儿体重测量操作，输液泵、微量泵、黄疸检测仪的使用，心电监护仪、呼吸气囊、除颤仪的操作。</p> <p>3. 抢救车药品的作用与副作用，产科常用药品的作用与副作用，不良事件上报及处理流程。</p> <p>4. 母婴同室消毒隔离制度，分级护理制度，母婴交接制度，值班与交接班制度，查对制度，产科新生儿身份确认制度，剖宫产新生儿管理制度，早吸吮制度。</p>

22. 指导参赛情况

比赛时间	大赛名称	项目名称	等级	竞赛成绩
无				

23. 考核情况

考核年度	用人单位名称	考核等次	考核意见
2023年	建德市妇幼保健院	合格	同意合格
2022年	建德市妇幼保健院	优秀	同意优秀
2021年	建德市妇幼保健院	合格	同意合格

用人单位内部公示版

24. 本人述职

本人自1990年8月参加工作以来一直从事临床妇产科护理工作。2010年8月任妇产科副护士长，2011年11月取得副主任护师职称。2016年10月至今任产科病区护士长。现就工作以来的各个方面总结如下：

1、思想觉悟：努力学习政治理论知识，使自己在思想上与党中央保持高度一致。积极参加由卫生局、医院组织的各种党课学习，不断提高自己的思想政治素质。2、专业技术：本人自工作以来便在妇产科，具有很强的妇产科业务工作能力及急救能力，在不断解决护理工作中的疑难问题中积累丰富的临床经验。工作中遇到妇产科危重病人的抢救及护理时，我毫不犹豫第一时间参与或指导抢救及护理工作中：参与3例羊水栓塞抢救，其中1例抢救成功；近20例严重产后出血抢救及重度子痫，子痫，胎盘早剥的急救，15例新生儿重度窒息抢救等产科急危重症。同时积极扶持青年护理人员成长，毫不保留的在工作中把自己所学的理论应用于临床实践，积累经验，剖析不足，不断升华自己的理论水平，促进以后的工作。

3、学习和培养：为更好地完成本职工作奠定理论基础，我在工作之余通过自学考试获得了大专学历，2008年通过函授取得了护理本科学历。任副主任护师13年以来，组织并指导科室应急演练52次，护理疾病房65次，带教新人6人次。同时带动科内先后开展建德市首例自由体位接产，以及产科术后快速康复、新生儿智护、自由体位待产、新生儿早期基本保健等新业务。

4、管理工作：2016年10月至今在产科担任护士长工作。2020年被评为杭州市先进护士长。在担任护士长期间带领了一支团结协助，积极向上，思想稳定的护理队伍；本着以病人为中心，医疗护理质量为核心的宗旨，做好科室与各相关部门的协调工作，发现问题及时与有关部门、上级领导部门沟通解决，以确保工作质量和安全；并且不断深化安全管理，强化安全意识，做好安全护理工作。加强护患沟通，定期组织召开工休座谈会，听取患者及家属的建议，以便护理工作的开展和改进，真正做到想病人所想急病人所急；努力提升本科室护理水平，争创医院先进窗口，在我担任护士长期间，科室先后获得各类市级、院级集体荣誉5项，指导科内人员参与省级、市级、院级等各类比赛6次，并且获得奖项5项。另外，降低医疗护理成本，讲究经济效益与医疗护理效果，都是我作为护士长必须做到的。

综上所述，本人的临床工作年限、学识基础、专业水平、业务能力和护理管理技术已具备正主任护师的申报条件，且本人临近退休，敬请评审老师检阅查审，感谢！