

危重患者护理记录在绿色通道 患者质量控制中的应用

崔慧静 杨万杰 孟瑶 赫连宏 陈丹 王芳

(天津市第五中心医院, 天津 300450)

【摘要】目的 应用危重患者护理记录对急诊绿色通道救治缺陷进行分析,以期加强急诊质量控制。**方法** 收集天津市第五中心医院急诊科 2011 年 6 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日绿色通道收治的严重创伤患者抢救记录共 206 份,其中 2011 年 6 月 1 日至 2013 年 6 月 30 日的抢救记录单 104 份为对照组,2013 年 7 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日危重患者护理记录 102 份为研究组。分析采用两种记录单后质量控制可利用率、不良事件发生率和患者满意率。**结果** 研究组临床质量控制可利用率明显高于对照组 [80.0% (32/40) 比 57.5% (23/40), $P < 0.05$],研究组不良事件发生率明显低于对照组 [3.9% (4/102) 比 8.7% (9/104), $P < 0.05$],患者满意率明显高于对照组 [93.1% (95/102) 比 83.7% (87/104), $P < 0.05$]。**结论** 采用危重患者护理记录便于强化医护人员规范、熟练执行抢救流程,有利于临床质量控制的进一步完善。

【关键词】 绿色通道; 护理记录; 质量控制

Application of nursing records of critical patients in quality control of patients via green channel Cui Huijing, Yang Wanjie, Meng Yao, He Lianhong, Chen Dan, Wang Fang. The Fifth Center Hospital in Tianjin, Tianjin 300450, China

Corresponding author: Yang Wanjie, Email: yang_wanjie@163.com

【Abstract】Objective Application of nursing records of critical patients to analyze the defects of rescuing patients via emergency green channel in order to improve the quality control of medical emergency. **Methods** The rescue nursing records of 206 patients with critical injury via green channel were collected from the Department of Emergency in Tianjin Fifth Central Hospital from June 1, 2011 to May 31, 2015, in which from June 1, 2011 to June 31, 2013, 104 patients' rescue records were assigned in control group, and from July 1, 2013 to May 31, 2015, 102 critical patients' nursing records were in research group. After analysis of the two kinds of record, the available rate of quality control, incidence of adverse events and satisfaction rate of patients were compared between the two groups. **Results** Availability rate of clinical quality control in research group was significantly higher than that in control group [80.0% (32/40) vs. 57.5% (23/40), $P < 0.05$], the incidence of adverse events in research group was obviously lower than that in control group [3.9% (4/102) vs. 8.7% (9/104), $P < 0.05$], and the satisfaction rate of the patients in research group was obviously higher than that in control group [93.1% (95/102) vs. 83.7% (87/104), $P < 0.05$]. **Conclusions** The application of critical patients nursing records can facilitate to strengthen medical personnel specification, skillfully execute rescue process and beneficial to further improve the clinical quality control; it is worthwhile clinically to spread the application of the records.

【Key words】 Green channel; Nursing records; Quality control

急诊科是医院临床科室中一个高风险科室,尤其是在遇到急诊危重患者时极易发生医疗纠纷,而急诊危重患者护理记录常常是医疗纠纷中举证和鉴定司法责任的重要依据^[1]。危重患者护理记录能客观记录患者的急诊救治过程,是医生、护士对患者病情观察、救治的实时记录,是对救治真实场景的还原,更是进行质量管理的重要资料^[1-2]。医院护理部及医疗科室对护理监管的缺失或不足、危重患者护理记录单设计不科学等也可导致事故的发生^[2-3]。目前,多数医院使用的抢救记录单记录条款少,内容不规范,质量控制的可利用率有限。因此,本科自行设计了危重患者护理记录模板,利用危重患者护理

记录提高了临床质量控制可利用率 and 医疗护理质量,现报告如下^[4]。

1 资料与方法

1.1 研究对象: 收集本院急诊科 2011 年 6 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日绿色通道收治的严重创伤患者抢救记录共 206 份,其中 2011 年 6 月 1 日至 2013 年 6 月 30 日进入绿色通道患者抢救记录单 104 份,2013 年 7 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日进入绿色通道危重患者护理记录 102 份。

1.2 危重患者护理记录单的设计

1.2.1 记录项目: ① 到诊/会诊医生姓名; ② 会诊时间; ③ 下达绿色通道医嘱时间及医生签名; ④ 给予各项治疗的具体时间; ⑤ 患者离开抢救室的时间及生命体征; ⑥ 参加抢救护士姓名; ⑦ 报

告行政科室时间,接听电话人员姓名及处理意见;
⑧ 护送进入手术室医生、护士签名;⑨ 家属联系电话;⑩ 诊疗过程中遇到的特殊事宜等。

1.2.2 书写要求:① 记录方法:按照规定模板内容书写,项目设计中包括者可采用打勾方式进行选择,病情则使用文字描述;② 记录要求:对绿色通道患者病情变化进行实时记录,至少 15 min 记录一次生命体征及病情变化;辅助检查前后再次评估患者意识状态、生命体征,及时向医生汇报。

1.3 分组方法:收集天津市第五中心医院急诊科 2011 年 6 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日绿色通道收治的严重创伤患者抢救记录共 206 份,其中 2011 年 6 月 1 日至 2013 年 6 月 30 日的抢救记录单 104 份为对照组,2013 年 7 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日危重患者护理记录 102 份为研究组。

1.4 观察指标(表 1):根据本院急诊科严重创伤救治缺陷评估表对绿色通道创伤患者救治缺陷进行分析,比较对照组和研究组质量控制利用率,以及不良事件发生率和患者满意率。

1.5 不良事件等级划分标准^[5]:1 级事件(警示事件)为非预期的死亡,或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。2 级事件(不良后果事件)为在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。3 级事件(未造成后果事件)为虽发生了错误事实,但未给患者机体和功能造成任何危害,或有轻微后果而不需要任何处理可恢复健康。4 级事件(临界错误事件)为错误在对患者实施之前被发现并得到纠正,患者最终没有得到错误的医疗护理服务。

1.6 统计学处理:使用 SPSS 17.0 统计软件处理,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 对照组和研究组质量控制利用率(表 2):针对本院急诊科严重创伤救治缺陷率评估表的 40 项内容,研究组危重患者护理记录临床质量控制利用率明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 对照组和研究组质量控制利用率比较		
组别	项目数(项)	利用率[% (例)]
对照组	40	57.5 (23)
研究组	40	80.0 (32)
χ^2 值		4.713
P 值		0.030

表 1 天津市第五中心医院急诊科严重创伤救治缺陷率评估表

患者姓名: 性别: 年龄: 就诊时间: 入院时间: 诊断:			
项目	序号	缺陷内容	权重 缺陷
接诊	1	急诊护士分诊不恰当	
	2	急诊一线医生接诊不及时	
	3	急诊护士初期基本处置(畅通气道、吸氧、颈托等)不当	
	4	急诊护士初期伤口处置(包扎、覆盖等)不当	
抢救	5	外周静脉通路建立不及时	
	6	输血前/手术前抽血检查缺失或不及时	
	7	输血前/手术前化验送检不及时	
	8	急诊一线医生决定抢救不及时,相应急救措施不得力	
	9	急诊二线医生到达不及时	
	10	人工气道建立不及时	
	11	人工气道建立操作缺陷	
	12	机械通气使用不恰当/发生可避免并发症	
	13	中心静脉建立适应证不恰当(不及时/过度)	
	14	中心静脉置管发生可避免并发症	
	15	液体复苏不恰当(复苏目标、量、种类)	
	16	输血决策不恰当(超适应证/不及时)	
	17	输血前处置不当(检查、告知签字、电话联系血库)	
	18	输血过程处置不当	
会诊	19	急诊一线医生决定会诊不及时	
	20	急诊一线医生请会诊不恰当(不全/过度)	
	21	相关专科二线医生到达不及时	
	22	相关专科二线医生救命措施、基本措施处置不当(不全/过度)	
检查	23	相关专科二线医生辅助检查不恰当(不全/过度)	
	24	床旁检查不及时/不准确	
	25	搬动检查决策不恰当(不全/过度)	
	26	搬动检查前准备不恰当(物品、告知签字、电话联系)	
	27	搬动检查过程缺陷	
	28	搬动检查顺序不恰当	
	29	搬动检查非正常重复(如:非正常 2 次以上进入 CT 室)	
	30	相关专科二线医生遗漏本专科损伤	
决策	31	相关专科二线医生没有关注本专业隐匿伤迟发伤	
	32	相关专科二线医生推诿本专业伤员	
	33	相关专科二线医生转院决策不恰当(不该转/延误/准备差)	
	34	相关专科二线医生手术指征掌握不恰当	
	35	需手术患者术前准备不全	
其他	36	急诊相关护士、医生急诊情况报告不恰当(不足/过度)	
	37	急诊相关医生医嘱、用药、病例书写缺陷	
	38	急诊重症护理记录缺陷、护送缺陷、交接、电话随访缺陷	
	39	群伤处置缺陷、“三无”等特殊患者处置缺陷	
	40	急诊诊断与最终诊断可避免的不符合	
合计		检查者签字	

2.2 两组不良事件发生率及患者满意率比较(表 3):研究组不良事件发生率较对照组明显降低,患者满意率较对照组明显提高(均 $P<0.05$)。

表 3 两组不良事件发生情况及患者满意率比较

组别	护理单数 (份)	不良事件(例)				不良事件发生率 [% (份)]	患者满意率 [% (份)]
		1 级	2 级	3 级	4 级		
对照组	104	1	1		7	8.7 (9)	83.7 (87)
研究组	102			1	3	3.9 (4) ^a	93.1 (95) ^a
χ^2 值						6.585	4.499
P 值						0.010	0.034

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;空白代表无此项

3 讨论

3.1 护理文书特别是危重病患者的护理记录,是护士在观察、诊疗护理危重病患者过程中护士工作质量具体化的表现形式,是衡量护士工作责任心、技术水平和工作质量的依据^[6]。要求护士在护理记录中客观反映护理工作的实际情况,使之更好地保护护患双方的合法权益^[7-8]。我们以往的抢救记录单只关注患者伤情、治疗措施,而忽略了救治流程的记录,患者危急值报告,行政协调,以至于在发生医疗问题及纠纷时无从查找原因、分析问题、甚至进行追责,不利于抢救工作的持续改进。

3.2 本院急诊科使用经过改进的危重患者护理记录单,规范了书写内容,能详细记录接诊医生姓名、到诊时间、治疗方法、急救措施时间及效果、各职能科室协调结果、患者病情、家属联系方式等内容,明确记录了急会诊时间,责任到人,会诊完成后,由会诊医生在签字栏内签字确认^[9]。既便于对救治中存在的缺陷进行评估,又减少了医疗纠纷的发生,为临床创伤救治提供了宝贵的第一手资料。

3.3 通过记录单有利于总结和分析抢救患者的成功经验及教训,提高急诊护士的分析能力、判断能力、处理问题的能力和抢救水平等^[10-11]。通过改进危重患者护理记录单的设计及应用,全面、系统而真实地体现了抢救流程的科学性和规范性,不仅是对实施抢救护士和医生的双重提醒,而且使医护人员对抢救过程更容易掌握和有章可循,缩短了绿色通道

患者进入手术室的时间,减少了不良事件发生率,提高了患者满意度,使医疗、护理质量得到进一步提高,与正确及时有效的院前现场急救相结合能提高患者抢救成功率,降低致残率^[12]。

综上所述,危重患者护理记录便于医护人员规范、熟练掌握抢救流程,有利于临床质量控制的进一步完善。

参考文献

- [1] 刘敦玉,李光珍,刘艳.急诊危重患者护理记录问题改进前后效果分析[J].医学理论与实践,2014,27(20):2796-2797,2798.
- [2] 张艳芹,颜秀娟,田颖,等.危重患者护理记录单缺陷文献分析及对策[J].中国药物与临床,2015,15(1):146-148.
- [3] 任祥美,李学贤,耿守祯,等.基层医院院前院内急救通道的建设[J].中华危重病急救医学,2004,16(7):408.
- [4] 王毅鑫,苏文利,孙仲伦,等.一体化急救模式在危重型多发伤救治中的运用(附185例报告)[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(4):243.
- [5] 郭文,唐万珍.护理不良事件84例分析[J].中国当代医药,2015,22(4):149-152.
- [6] 崔冬伟,流沙,杨人懿.213份危重病患者的护理记录单缺陷分析与对策[J].西南军医,2014,16(6):688-689.
- [7] 张晓华,邱学燕,韩本权.护理记录中主客观资料的区分处理及探讨[J].中国实用护理杂志,2004,20(13):67.
- [8] 武秀昆.院前急救中的危重病患者抢救[J].中华危重病急救医学,2007,19(7):448.
- [9] 陈伟,陈洁,孟颖慧.用急诊抢救关键环节要素标准规范急诊抢救记录[J].中华护理杂志,2015,50(3):325-327.
- [10] 曹淑娟.急诊危重病人抢救记录单的改进[J].护理研究,2011,25(20):1856.
- [11] 杜军,林少宾,赵文静,等.在危重病或急诊抢救过程中执行口头医嘱的管理[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(6):358.
- [12] 孙庆玲,顾利慧.院前急救知识公众调查分析与培训干预[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(3):188.

(收稿日期:2016-09-30)

(本文编辑:邸美仙 李银平)

《中国中西医结合急救杂志》第3届编辑委员会名单

名誉总编:陈可冀(中国科学院院士) 吴咸中(中国工程院院士)

主 编:张伯礼(中国工程院院士)

副主编:崔乃杰 石学敏(中国工程院院士) 郝希山(中国工程院院士) 沈自尹(中国科学院院士)

陈士奎 李鸣真 杨国栋 沈中阳 李银平(常务) 沈洪 梅广源 任新生 雪琳

编辑部主任:李银平

编委(按姓氏笔画为序):马晓昌 牛建昭 王左 王阶 王兴勇 王学美 王晓璐 王静怡
 邓跃林 乔佑杰 刘健 刘淳 刘远新 刘清泉 刘懿禾 匡调元 危北海 吕传柱
 吕维柏 托马斯皮克(美国) 朱辟疆 许文兵 许树强 齐清会 吴汉平(美国) 吴和木
 宋继昌 张人华 张文高 张畔 张敏州 张淑文 李恩 李春盛 李建生 李大金
 李建国 李小勇 李志军 李牧 李俊海 杨明会 陆付耳 陈小野 陈维养 麦时任(加拿大)
 岳茂兴 金妙文 金鸿宾 侯灿 姚咏明 祝兆林 胡森 赵祥文 唐由之 聂广
 高金亮 崔树波 曹书华 曹雪滨 梁晓春 黄小民 黄体钢 焦东海 谢竹藩 廖家桢
 熊旭东 蔡定芳 穆大伟 魏江磊