

一个省级中医院医疗纠纷实例分析及相关问卷调查

李存霞 胡茂宏 吴江雁 李青 梁启军

330006 江西南昌, 江西中医药大学附属医院(李存霞、吴江雁、梁启军); 331200 江西宜春, 江西省樟树市中医医院(胡茂宏); 330004 江西南昌, 江西中医药大学(李青)

通讯作者: 梁启军, Email: liangqijun200888@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2018.01.024

【摘要】 目前虽然各级政府卫生部门、医院越来越重视正确引导患者就诊行为、规范医生诊疗行为, 净化治疗环境, 加强立法, 保护医患双方的合法权益, 但医疗纠纷仍时有发生。医疗纠纷产生的原因非常多, 根本原因是医疗行为从始至终关系着生命安全和健康, 天然伴随医疗风险、隐藏纠纷, 因此我们要做的不是杜绝风险, 而是降低风险、减少纠纷。本文采用院内问卷调查的方法, 通过医疗纠纷实例分析, 探讨医疗纠纷、医疗风险产生的原因, 从而寻求减少医疗纠纷的方法。本院 2013 至 2015 年发生的 77 个典型医疗纠纷案例, 经仲裁或法院裁决完结的案例最终裁定意见认为, 医患沟通不到位、医疗技术水平低、管理不足是医疗纠纷发生的主要原因; 而对医院医生和护士的 483 份问卷调查则显示, 医疗纠纷的产生除了上述 3 个原因, 另外还有医护人员工作强度大、身心状态差以及极个别患者或家属素质低两个原因, 而管理不足贯穿于各个环节。因此, 减少医疗纠纷应从下列几个方面入手: 有效的医患沟通; 提高医生临床诊疗能力; 优化医疗管理制度; 端正医疗工作态度; 及时会诊; 重视病案记录; 留有余地的医嘱; 构建健康的医院文化; 关注医护人员身心健康; 积极完善纠纷处理机制及相关法制建设。

【关键词】 医疗纠纷; 实例分析; 问卷调查; 预防策略

基金项目: 江西省医药卫生中医科研课题(2015A019, 2015B021)

Instance analysis on medical disputes in a provincial hospital of traditional Chinese medicine and related questionnaire survey Li Cunxia, Hu Maohong, Wu Jiangyan, Li Qing, Liang Qijun

Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine (TCM), Nanchang 330006, Jiangxi, China (Li CX, Wu JY, Liang QJ); Jiangxi Zhangshu Hospital of TCM, 331200 Yichun, Jiangxi, China (Hu MH); Jiangxi University of TCM, Nanchang 330004, Jiangxi, China (Li Q)

Corresponding author: Liang Qijun, Email: liangqijun200888@163.com

【Abstract】 At present medical disputes still happen sometimes though governments at all levels, health departments and hospitals pay more and more attention to correctly guide patient's behavior, regulate doctor's behavior in diagnosis and treatment, purify therapeutic environment, strengthen legislation and protect the legitimate rights and interests of doctors and patients. The causes of medical disputes are great many, and the fundamental reason is that the medical behavior from the beginning to the end is related to the life and health, naturally accompanying medical risk and hiding dispute, therefore what we ought to do is not to absolutely eliminate the risk, but to reduce the risks and disputes. In this report, to explore the causes of medical disputes and risks and look for ways to reduce them, the survey of questionnaires was carried out and practical cases of medical disputes were analyzed in hospitals. Seventy-seven cases of medical disputes from 2013 to 2015 had been completed by arbitration or court decisions, and the final arbitral ideas were as follows: invalid doctor-patient communication, low technology and insufficient management were the main causes of medical disputes; the survey of 483 questionnaires on doctors and nurses in the hospital showed that in addition to the above 3 reasons, there were other deep reasons, namely heavy working intensity, low quality of patients or their family members, and the insufficient management runs through all the links in the way. Therefore, to reduce medical disputes, the following aspects should be commenced: effective communication between doctors and patients; improving doctors' clinical diagnosis and treatment ability; optimizing medical management; correcting medical work attitude; timely medical consultation; attaching importance to medical records; doctor's order leaving some leeway or allowing for unpredictable circumstances; constructing healthy hospital culture; paying attention to the physical and mental health of medical staff; actively improving the medical dispute settlement mechanism and related legal system construction.

【Key words】 Medical dispute; Practical case analysis; Questionnaire survey; Prevention strategy

Fund program: Chinese Medicine Research Project of Medicine and Health in Jiangxi Province (2015A019, 2015B021)

虽然各级政府卫生部门、医院越来越重视正确引导患者的就诊行为、规范医生诊疗行为, 净化医疗环境, 加强立法, 保护医患双方的合法权益, 但医疗纠纷仍时有发生。医疗纠纷产生的原因很多, 其根本在于医疗行为从始至终都关系到人们的安全和健康, 天然伴随着医疗风险, 隐藏着

纠纷。因此, 我们要做的不是杜绝风险, 而是降低风险、减少纠纷。医院是医疗纠纷的发生地, 医生和护士是医疗纠纷发生的主体^[1], 因此从医生和医院角度及时、深入分析近期医疗纠纷案例发生的实际原因, 有利于总结经验, 降低纠纷发生率, 助益医疗机构提高服务水平, 主动维护患者和医

护人员自身的合法利益。本研究通过分析某省级三级甲等(三甲)中医院 2013 至 2015 年发生的、已经结束仲裁或法院裁决完结的医疗纠纷实例,总结纠纷发生原因,并进行问卷调查,旨在揭示纠纷发生的深层原因,现将二者的总结分析结果与同行共享。

1 医疗纠纷案例分析

本研究共收集 77 件医疗纠纷案例,其中门诊 20 件,鉴定原因见表 1,结果显示,医疗纠纷占比最多的单项原因是医患沟通不到位(24 件,占 31.2%),其次是术前准备不足或手术方案不恰当(17 件,占 22.1%),这不仅因为外科是中医院的弱项,其他针对综合三甲医院的研究也显示,医疗纠纷高发科室是手术相关科室,与大部分文献^[2-6]报道一致,术前准备不足是技术原因,也是医疗管理问题,手术方案不恰当是比较单纯的技术问题;第 3 位原因是内科临床诊断、会诊或治疗不到位(13 件,占 16.9%),这既是技术原因,也有诊疗管理问题;第 4 位原因是治疗或检查操作不当(10 件,占 13.0%),这是所有纠纷中相对单纯的技术原因;还有护理意外、检查意外或检查报告不全也属于技术原因范围,占 5.0%;技术原因共占 38.0%。其余的医疗记录不完善 3 件(占 4.0%),非医疗性意外 3 件(占 4.0%),药物分发错误 1 件(占 1.3%),主要属于管理问题。因此,鉴定认为医疗纠纷产生的原因主要在 3 个方面:医患沟通不到位、医疗技术水平低、管理不足。

2 问卷调查

2.1 医疗风险和纠纷发生的相关要素:① 硬件设施:医院工作环境、医疗设备的配备状态等;② 医疗技术:医护人员的专业技能水平及职业责任心;③ 医疗管理:医院、科室管理及医疗流程的合理性;④ 医护人员工作强度与身心状态;⑤ 医患沟通:与患方沟通技巧与透彻度;⑥ 医疗法规。这 6 个方面涵盖了基本医疗内容,针对这 6 个方面,设计了一

份问卷调查,以医护视角探究医院的不足之处和医疗纠纷发生的深层原因。

2.2 问卷调查及结果分析(表 2):匿名发出问卷 500 份,回收 483 份。结果显示,72.4% 的人感觉工作强度大,61.5% 的医护人员认为长期高强度的工作对工作情绪有影响,这表明身心状态与医护人员的工作情绪、工作态度息息相关;52.2% 的医护人员认为自己的专业技能水平只是一般或还可以,47.8% 的医护人员认为自己的专业技能水平娴熟,这表明医护人员对自己医疗技术水平的评估是清醒客观的,没有太多夸大的成分;95.3% 的医生或护士经常或时常感觉到患者看病的艰难,表明他们天性善良,不会轻易失于职守;53.4% 的医生或护士有自身或目睹同时与患者或家属发生冲突的经历,原因主要是医患沟通不到位、极个别患者或家属素质低。有研究显示医疗纠纷患方学历以初中以下为主^[1]。85.4% 的人认为管理有待提高,另有 14.6% 的人认为医院或科室的管理没有问题;68.1% 的人愿意发表自己对优化管理的意见,表明大多数医护人员具有参与管理的积极心态,而 27.3% 的人选择“不提,短时间内难以改善”,表明少数人对改善管理参与积极性不高,认为医院管理有所僵化。

综上所述,从医护人员角度看,医疗纠纷发生的直接原因主要是医患沟通不到位、医护人员自身处理不当、极个别患者或家属素质低,深层次原因是医生工作强度大、医院或科室管理有待提高。

相比较而言,经过鉴定或裁定的医疗纠纷原因更倾向于直观化、技术性,而问卷调查得出的原因更倾向于深层次、心理性,但有些原因是贯穿深层与表面的。问卷调查总结出医疗纠纷产生的原因主要是:医患沟通不到位;医护人员自身医疗行为不当;医生或护士工作强度大、身心状态差;医院或科室管理有待提高;极个别患者或家属素质低。医生、护士不但客观认识到了医患沟通不到位、自身医疗技术

表 1 医疗纠纷产生的原因

原因分类	具体原因分析	案例数[件(%)]
医患沟通不到位	治疗或手术前未充分告知患方病情严重性和治疗或手术风险,患方对疾病的严重性和预后了解不全,期望值过高,当治疗效果未达到其期望值时,患方不满,引发纠纷	24(31.2)
术前准备不足或手术方案不恰当	术前准备评估不充分,手术指征时机把握不恰当,术前未充分评估手术风险,未加强内科原发病的治疗,未把握恰当的手术时机,术中、术后患者出现病情不良变化,患方不满引发纠纷,共 6 例;手术方案不当,未严格遵循外科手术操作规程,手术部位感染导致治疗、手术失败,共 11 例	17(22.1)
临床诊断、会诊或治疗不到位	由于专业技能不足,且对疑难病例未进行讨论、未及时扩大会诊,导致患者疾病未得到及时确诊,延误了最佳诊治时机,患方对诊疗提出异议引发纠纷	13(16.9)
治疗或检查操作不当	穿刺、灌肠等治疗及检查操作损伤导致不良后果,或由于治疗及术中操作不慎、手法把握不当出现意外情况,导致不良后果,引发纠纷	10(13.0)
医疗记录不完善	病历书写不规范,且未及时完成,采集患方相关信息及病史不够仔细、认真等,患者以之为由,对诊疗提出异议,引发纠纷	3(4.0)
药物不良反应	患者服用药物前临床医师未仔细询问既往病史,是否有服用此类药物的禁忌证,导致患者服用药物后出现较严重的不良反应,引发纠纷	3(4.0)
非医疗性意外	由于患者风险防范意识不足,对不可预见的意外伤害未进行有效的防护,而院方又未事前充分提醒,引发纠纷	3(4.0)
护理意外	进行中药熏洗护理时未测量水温,导致患者皮肤烫伤 1 例;静脉滴注液体外漏导致皮肤肌肉坏死 1 例	2(2.5)
检查意外或检查报告不全	放射报告描述不够全面,未提示患者进一步行 CT 检查,患者 1 年后发现肺癌,引发纠纷 1 例;进行磁共振检查时,患者病情恶化,经抢救无效死亡 1 例	2(2.5)
药物分发错误	药物分发错误引发纠纷	1(1.3)

水平低、管理有待提高 3 个方面的医疗纠纷产生的原因,也客观揭示出医生工作强度大导致工作心态不佳、极个别患者或其家属素质低的医方和患方两个深层次原因。管理不足是贯穿各个环节的重要因素,所有问题归根到底是管理问题。对于减少医疗事故、规避医疗风险的措施本质都是管理方面的,除了添置必要的监测、诊疗设备占比为 47.4%,其他 8 项均超过 50.0%;优化排班制度,减少疲劳有利于保持精力与职业警惕占比最高,达到 71.4%,这都表明无论医生还是护士都认为医院及科室还有宽广的进步空间。

3 减少医疗纠纷的策略

根据案例分析和问卷调查结果,可以从以下几个方面优化以降低医疗风险、减少纠纷发生。

3.1 有效的医患沟通:本次调查显示,单纯医患沟通不到位引起的纠纷就占 31.2%,足见有效医患沟通的重要性。有效的医患沟通可以消除患方疑问、减少患方对医疗行为的误解,增加患方的被尊重感,降低医疗纠纷发生的混杂方面的心理因素,同时有利于减少患方对治疗的抵触,更好地贯彻

医嘱、提高疗效。沟通时以患者为中心,增强患者和家属的医疗参与感或决策感,效果会更好;总之,医患沟通要到位,医疗和沟通记录要及时、详尽^[13-15]。

3.2 提高临床诊疗能力:打铁还需自身硬,医生、医院的立身之本还是医疗技术;精湛的临床诊疗技术是减少医疗纠纷的基石。譬如,急诊科患者普遍特点是发病突然、病情急、症状及病种多样,是误诊、医疗差错的天然高发科室,医护人员能做且应该做的只能是认真、负责、不断学习、多总结经验^[16];可以采用“根本原因分析法”总结经验、教训,制订出更顺畅、安全的操作流程以降低医疗纠纷的发生^[17]。高质量的诊疗基础需要高质量的检测方法,所以减少医疗差错、降低医疗纠纷也需要检验、检查科室不断提高水平,尤其是检验科室,因为影像学检查医生有时可以自己参与、补充一下,而检验质量几乎全部依赖科室技术,提高检验及检查质量是降低医疗差错、减少医疗纠纷的基础保障^[18-19]。上述两点既是技术问题,也是管理问题。医学进展日新月异,每个医生、每个职称层面的医生都应该秉承不断学习的理

表 2 医疗纠纷问卷调查及结果

题序	问题	答案选项	选择人数 [人(%)]	题序	问题	答案选项	选择人数 [人(%)]
1	你的工作性质?	A. 护理 B. 临床 C. 其他	241 (19.9) 231 (47.8) 11 (2.3)	12	针对科室的管理,你现在还提意见吗?	A. 不提,短期难有改善 B. 与自己无关 C. 有机会就会发表一下	132 (27.3) 22 (4.6) 329 (68.1)
2	你对你现在的收入满意吗?	A. 不满意 B. 一般 C. 满意	265 (54.9) 187 (38.7) 31 (6.4)	13	你认为你和患者冲突的根本原因是?	A. 极少数患者或其家属素质低 B. 部分患者或其家属心情不佳 C. 医护人员压力大,导致操作欠佳或语言表达失常	209 (43.3) 230 (47.6) 54 (11.2)
3	工作环境压力或劳动强度高吗?	A. 压力大、强度高 B. 正常范围 C. 没有压力	357 (72.4) 112 (23.2) 14 (2.9)	14	其他医护人员和患者冲突的根本原因哪个占多数?	A. 部分患者或其家属素质低 B. 极少数患者或其家属心情不佳 C. 年轻医生或护士心里紧张或压力较大	202 (41.8) 228 (47.2) 79 (16.4)
4	现在的环境对你工作中对待患者的态度有影响吗?	A. 有 B. 影响不大 C. 没有	202 (41.8) 148 (30.6) 133 (27.5)	15	你认为我们医院减少医疗事故、规避医疗风险还需要做哪些?	A. 提高医护人员技术能力 B. 优化科室运行机制及临床管理 C. 优化排班制度,减少疲劳,有利于保持精力与职业警惕 D. 添置必要的监测、诊疗设备 E. 增强责任心 F. 提高危机事后处理能力 G. 加强安保 H. 加强立法 I. 关注医护人员身心健康	273 (56.5) 316 (65.4) 345 (71.4) 229 (47.4) 251 (52.0) 303 (62.7) 292 (60.4) 274 (56.7) 329 (68.1)
5	长期高强度工作对你的工作心情有影响吗?	A. 有 B. 影响不大 C. 没有	297 (61.5) 117 (24.2) 69 (14.3)				
6	你对自己的专业技能水平如何评价?	A. 一般 B. 还可以 C. 娴熟	51 (10.6) 201 (41.6) 231 (47.8)				
7	你有觉得过一些患者生活很难、看病不易吗?	A. 没有 B. 有时候有 C. 经常感觉得到	23 (4.7) 236 (48.9) 224 (46.4)				
8	你和患者发生过冲突吗?	A. 没有 B. 偶尔 C. 有过几次	225 (46.6) 203 (42.0) 55 (11.4)				
9	你和患者冲突的表面诱因是?	A. 源于患者或家属 B. 源于自己 C. 沟通不到位	192 (39.8) 15 (3.1) 276 (57.1)				
10	你对你现在的工作成长环境满意吗?	A. 压抑 B. 不满意,一般 C. 还好	80 (16.6) 208 (43.1) 195 (40.4)				
11	你认为你现在科室管理、运行机制健康吗?	A. 有缺陷 B. 一般,将就 C. 合理	200 (41.4) 211 (44.0) 71 (14.6)				

注:第 13 题 10 人同时选 A、B;第 14 题 116 人同时选 A、B

念,持续提高自身临床诊疗技能,形成个人技术高度,支撑科室技术高度,汇成医院技术高度。诊疗技术提高了,疗效上去了,医疗纠纷发生的技术短板就不存在了,医疗纠纷发生率就会自然下降。

3.3 优化医疗管理:把医生、护士及各种医疗技术比作珍珠,那么医疗管理就是把珍珠串成项链的绳子和样式,有效的医疗管理既可以提升个人技术,又可以提高科室、医院的整体技术水平,也可以更有效地预防医疗纠纷^[7]。医院或科室在技术管理上要及时跟踪、试用、引进先进技术,包括诊断和急救设备、治疗技术、管理经验,以提高急救各个环节的效率和疗效,譬如,对于与传统方法有较大差别的腹部提压法急救复苏,可以有意识实践检验一下,疗效好就要推广^[8];转运危重患者要做好风险评估和急救准备^[9];有专家发明了“便携式转运急救箱”^[10],可以提高院前急救和转运途中的效率、降低医疗风险,且成本又很低,需要但没有配备的医疗单位就可以引进;省级或较大的市级综合医院可以在“院前急救—医院急诊—重症监护”基础上,建立医院层面的“危重症管理体系”以高效识别、干预、救治危重或潜在危重的患者^[11]。

同时,各种医疗单位排班要科学,既要使医疗行为运行、衔接顺滑,又要避免疲劳排班,维持医护人员良好的身心状态,可以保持职业警惕;要通过合理的科室设置,有效执行会诊制度、疑难危重病讨论制度、医疗质量监督制度、医患沟通文化等,在制度层面降低风险、减少纠纷发生。医院、科室水平的高低,医疗管理和医疗技术同等重要,因为管理科学合理,技术自然会不断进步。

3.4 端正医疗工作态度:一个人的态度直接影响他工作时的态度、处理问题的出发点和方式。譬如,秉承科学、以治病救人为出发点和归宿的态度,诊断治疗就会认真、实事求是;以患者利益为中心,用药同样会实事求是;秉承服务的态度,遇见问题就会尝试换位思考,妥善沟通,而不是生硬地命令式表述。沟通不到位、告知不充分,术前准备不足,临床诊断或治疗不到位等背后都反映的是工作态度问题,要做到不管手术大小都要重视,术前评估和术前准备都要做到位,差错、纠纷自然减少^[12]。

3.5 及时会诊:提高自身临床诊疗能力的方法是自我成长,是发展、利用个人力量,而及时会诊是借助他人、科室、其他科室、整个医院、外院的技术力量以提高诊疗水平和疗效,降低患方不满,减少医疗差错与纠纷的发生,同时也是主治医生学习、交流、提升自身的一个机会。医生要善于做主,也要敢于做主,但千万要记住,会诊在方方面面都很重要。

3.6 重视病案记录:说的再好,做的再好,如果没有记录,在需要证据时都是零,因此要重视病案包括相关医疗文件的记录。有形的病案是保护医生和维护患者利益最可靠的保障;客观的病案是临床研究的可靠资料来源之一;而每个医院客观、高质量的病案资料又可以通过联网汇成互惠互用的病案大数据^[20],升华出更多衍生价值。

3.7 多一句留有余地的医嘱:多一句留有余地的诚恳医嘱对医生和患者及家属都是一份善意。如对老年患者叮嘱

一句“地板光滑,注意防止摔倒”,危重患者常规给予医嘱“留陪一人”,对于吞咽反射不灵敏的患者叮嘱一句“细嚼慢咽、不要过饱”,这些看似多余的医嘱,只是多说一句话,其实对患者、对医生本人都是一种爱护,而且最好记入病程。自“一年前胸片报告正常,一年后确诊肺癌”的医疗纠纷事件之后,本医院放射科对有任何可疑的影像学检查报告都加上一句:请结合临床,建议进一步检查或定期复查。这句看似多余的话对患者和医生都是善意的提醒和保护。

3.8 建设健康的医院文化:现代中医院和西医院一样,整个医院是一个有机体;而不是大家凑在一起开诊所,看似在一起,其实各干各的。科内临床医生相互协作,临床科室与检查科室之间相互协作,整个医院有机协作,这样才能产生诊疗的群体效应。健康的医院文化、健全合理的科室或医院运行机制可以最大化这种群体效应,促进个人更健康成长与技术成熟。健康的医院文化至少需要如下要素支撑:① 内部运行机制合理。包括医护人员岗位设置与值班安排,收入分配与奖惩制度,继续教育政策,这直接与医护人员的良好工作心情、专业进步速度与高度、工作时的职业警惕性有关,这些都是减少医疗纠纷的内在因素。② 实事求是、责任清晰的医疗差错预防与处理机制。一个人精力、技术、思考均有局限,这就需要通过三级查房、科内讨论、院内和院外会诊等制度减少诊疗差错的发生。一旦出现危重情况,值班医生、护士,或经管医生,或在现场的上级医生均应立即参与组织抢救,事后总结经验教训时,不要互相推诿责任,不利科室整体临床技术的提高,更谈不上构建阳光科室文化和高效优质的管理制度。反过来,如果各级医生都各尽其职,有问题积极参与、积极解决,那还有什么解决不了的问题呢。③ 建立符合医疗本质诊疗导向和人才评价导向。医疗本质是治病救人,而不是盈利创收,所以目标是疗效最大化,诊疗导向应该是科学诊断、疗效最大化,而不是诊疗创收;相应的,对医生、护士工作优劣评价的主要依据是医疗技术水平和医疗服务数量、质量,而不是医疗创收多少。如此,就会促进医学和医护人员呈现本来的比较高尚的面目。

3.9 关注医护人员身心健康:我国医疗事业仍处在不断发展阶段,人们健康意识不断提高,医疗需求巨大,医疗资源相对不足,医疗人才相对缺乏,医护人员工作繁忙,强度大,长期繁重的工作造成医护人员身心疲惫,身体处于亚健康状态,甚至带病工作,从而难以保持足够的精力和职业警惕性,导致医患沟通不到位。而医护人员没有足够时间接受继续教育提高自身医疗水平,又会造成自身医疗水平降低。医院和科室应该关注医护人员的身心健康,优化排班制度,使医护人员保持旺盛的工作精力。由于医学院校教育所需时间长、学习压力大,工作后还需要不断接受继续教育,日常工作强度大、高风险、高压,适当地提高临床一线人员的收入、优化薪酬分配可以提高医护人员的工作积极性和劳动尊严感,也能吸引更多的人从事医疗工作,使医疗事业不断发展。

3.10 积极完善医疗纠纷处理机制及相关法制建设:引起医疗纠纷的医院、医生自身因素解决之后,还需要再辅以医院

之外的相关制度或法规建设,才能更好地预防、解决医疗纠纷,如加强安保、推行强制医疗保险、加强第三方调解、完善医疗相关法律。医疗卫生管理部门也要有一点前瞻意识,及时预警和规避医疗模式变迁可能衍生新的医疗风险和纠纷,譬如预警多点执业带来的潜在医疗风险和纠纷^[21]。

如此一来,医生、医院、医疗系统是内外兼修,诊疗水平提高了,管理顺畅了,纠纷少了,医生安全了,社会获得的医疗服务质量就提高了。

4 结 语

目前,对待医生、医院和医疗行为的舆论越来越客观,既保护患者又保护医生的立法也逐步走向完善,医闹的成本越来越高了,但医生、医院提高诊治水平、优化管理仍然是减少医疗差错、减少医疗纠纷的根本措施。

参考文献

- [1] 广冬梅,郑小华.四川省医疗纠纷的特征及其影响因素分析[J]. 卫生软科学, 2016, 30 (11): 6-11. DOI: 10.3969/j.issn.1003-2800.2016.11.002.
- [2] 张妮莉,赵静.基于 2009—2013 年相关文献的医疗纠纷案例统计分析[J]. 医学与社会, 2014, 27 (6): 55-58. DOI: 10.13723/j.yxysh.2014.06.018.
- [3] 胥彦,邹郁松,张良辉.某三级甲等肿瘤医院 2011 年—2015 年医疗纠纷赔付案例分析与探讨[J]. 中国病案, 2017, 18 (3): 33-35. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2566.2017.03.013.
- [4] 梁子君,吴超,郭洪宇,等.某三级甲等综合医院 430 例医疗纠纷数据分析[J]. 中国医院管理, 2014, 34 (10): 57-59.
- [5] Lee JY, Kim DK, Jung DW, et al. Analysis of medical disputes regarding chronic pain management in the 2009-2016 period using the Korean Society of Anesthesiologists database [J]. Korean J Anesthesiol, 2017, 70 (2): 188-195. DOI: 10.4097/kjae.2017.70.2.188.
- [6] Hu YH, Wang CY, Huang MS, et al. Analysis of the causes of surgery-related medical disputes in Taiwan: Need for acute care surgeons to improve quality of care [J]. J Chin Med Assoc, 2016, 79 (11): 609-613. DOI: 10.1016/j.jcma.2016.04.008.
- [7] Park HJ, Cho DY, Park YS, et al. Controlling legal risk for effective hospital management [J]. World J Mens Health, 2016, 34 (1): 56-63. DOI: 10.5534/wjmh.2016.34.1.56.
- [8] 刘青,张思森,彭丹洋,等.腹部提压法急救复苏效果临床观察[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27 (12): 1011-1012. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.12.017.
- [9] 刘玉,宋勇波,吴克艳,等.重症加强治疗病房患者转运风险评估表的设计及应用[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28 (4): 371-372. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2016.04.017.
- [10] 田慧,齐华英,苗桂萍.便携式转运急救箱的设计与应用[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26 (12): 928. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2014.12.019.
- [11] 朱涛,周道扬,潘孔寒,等.综合性医院“院内危重症管理体系”的构建:“大重症”模式的建立[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28 (8): 735-737. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2016.08.014.
- [12] 王凯.心脏移植手术的评估及术前管理[J/CD]. 实用器官移植电子杂志, 2016, 4 (3): 167-170. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2016.03.010.
- [13] 林文诗,潘军,黄顺颖.患者及家属在医疗纠纷中的心理分析及调适对策[J]. 中国医学伦理学, 2016, 29 (6): 969-970, 977. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2016.06.15.
- [14] 姚抒予,张雯,罗媛慧,等.医患共同决策的研究进展[J]. 中国护理管理, 2017, 17 (3): 428-431. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2017.03.033.
- [15] 梁启军,邓斌,邱友民,等.医疗风险最小化的县区级医院抢救策略[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21 (6): 453-456. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.06.23.
- [16] 刘惠玲.急诊病例的误诊原因及特点[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21 (5): 395-396. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.05.021.
- [17] 柴颖.根本原因分析法在护理不良事件分析中的应用[J/CD]. 实用器官移植电子杂志, 2014, 2 (1): 53-55. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2014.01.018.
- [18] 欧志强.全面质量控制方法在生化室内质量控制中的应用[J]. 实用检验医师杂志, 2017, 9 (2): 68-70. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2017.02.002.
- [19] 刘卫兵.如何保证分析前的检验质量探讨[J]. 实用检验医师杂志, 2017, 9 (2): 71-72. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2017.02.003.
- [20] 邢玉.“大数据”时代医学档案信息资源管理的思考[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24 (5): 545-546. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.05.024.
- [21] 刘逸.分级诊疗推进中医多点执业面临的法律风险及规避措施[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24 (6): 663-665. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.06.025.

(收稿日期: 2017-05-23)