手术患者护理文书质量分析及对策

The countermeasures and analysis of the quality of nursing records

谢小燕,马军华,刘茂英,张丽娟 (第三军医大学西南医院质量管理控制科,重庆 400038)

[关键词] 手术;护理文书;质量
[中图分类号] R471 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0670-02

护理文书是护士对患者的病情观察和实施护理措施的原始文字记录[1]。临床护理质量在护理文书记录质量中得以体现。质量管理控制科通过对护理文书终末质量的检查及现场环节质量的监控,从护理文书记录中寻找和发现临床护理工作的缺陷,并及时将质控信息反馈于临床,促进临床护理质量的不断提升。手术患者因病情重、变化快,要求观察、记录内容多,因此,手术患者的护理质量始终被视为质控的重点。现将我院 2010 年 1 至 6 月和 2011 年 1 至 6 月外科护理文书质量抽检情况报告如下。

1 资料与方法

资料来源:抽查在院患者病案、出院归档病案(外科住院患者护理文书 1 000 份,其中手术患者、非手术患者各 500 份)。检查方法:质量管理控制科专职人员每月、每季度现场抽查在院患者护理文书;专职人员抽查归档病历终末质量;参与护理部组织的每季度护理文书质量专项检查。检查标准:按照《病历书写基本规范》、《医疗护理技术操作常规》以及本院《护理文书书写规范》的要求,制订本院护理文书质量评审标准,对入院评估单、体温单、医嘱单、护理计划单、护理记录单进行检查。

2 结果

抽查外科住院患者护理文书 1 000 份,其中手术患者、非手术患者各 500 份。2010 年 1 月至 6 月护理文书各类记录单缺陷 1 170 条,其中手术患者护理文书缺陷 818 条,非手术患者护理文书缺陷 352 条;文书缺陷数手术患者高于非手术患者 466 条。2011 年 1 至 6 月护理文书各类记录单缺陷 781 条,其中手术患者护理文书缺陷 504 条,非手术患者护理文书缺陷 277 条;文书缺陷数手术患者高于非手术患者 227 条。护理记录单书写缺陷在护理文书构成比高于非手术患者。2010 年 1 至 6 月与 2011 年 1 至 6 月比较手术患者护理文书缺陷下降 38%,非手术患者护理文书缺陷下降 21%。

3 讨论

随着医院规模的不断扩大,护理队伍的人力资源配置不足,床护比例失调,护理工作的精细化管理受到一定程度的影响。护士忙于大量的输液、打针等治疗性工作,疏于对术后患者精细护理。例如患者术后引流液的颜色、性质、引流量漏观察、漏记录;术后伤口疼痛、腹胀、多日未解大便等不适主诉,有时不能及时地处置、持续地观察并予以重视。实施护理措施、诊疗处置后缺少效果评价,如:实施降温处置后,不能及时观察体温变化;拔除尿管后,未观察患者是否自行排尿,排尿是否通畅;腹、胸等穿刺后不能及时观察、记录等。对术后患者的饮食护理、功能锻炼、健康教育部分内容不能得到有效地落实,增加了护理安全隐患。由于临床护理人员流动性和年轻化的问题凸显,少部分护理人员在基础理论、基本技能、医疗仪器的使用、专科知识、临床经验的不足,对术后患者病情抓不住观察重点。当生命征、氧饱和度、出入量、血糖等数据出现异常值、危急值,甚至病情发生变化时,缺乏专业的敏感度,对突发病情的判断、处置能力略显不足。目前学科分科较细,护士普遍存在知识面较窄,缺乏交叉学科的知识点。特别对复合伤或同时伴有多种疾病患者在病情观察和实施护理措施时,偏重本专科疾病的观察和护理或只关注医嘱要求内容及护理常规,忽略非专科临床症状、体征的观察及护理措施的实施。针对此类问题,护理部在加强护理业务培训同时,实行了护理住院总会诊制度,一定程度上解决了交叉学科在专科护理中的业务指导作用,弥补了非专科业务和技能不足的缺陷。由于医、护之间缺乏有效沟通,加之护士的业务水平及业务能力的不同,导致对术后护理效果评价、病情判断的差异,主要反映在意识状态、瞳孔大小的判断不一致,以及伤口创面渗出情况、压疮状况的评估等方面的不一致。医、护信息资料的不对称,不仅违背了护理文书记录必须客观、准确的原则,同时增加了医疗、护理纠纷的隐患。

针对以上问题,质量管理控制科加强了术后患者护理质量监控力度,特别加大对大手术、非计划二次手术患者护理质量的监控。通过病历信息系统及时掌握住院病员的病情和相关信息,尤其是护理风险较大的外科病区重症监护室、ICU 等重点科室。在监控方式上改变以往只重视护理文书终末质量,忽略对病人动态监管过程[2],将质量管理控制职能作用从事后质量管理控制向实时质量管理控制转移[3]。坚持每周、每月、每个季度到临床科室现场护理质量检查,要求护理记录前深入病

[收稿日期] 2012-06-11 [修回日期] 2012-06-26

房,掌握患者第一手资料,记你所做的,做你所写的,力求记录客观、准确,既不是医生记录的翻版,又避免医护记录不相符。护理人员的专业素质和业务水平是影响护理文书质量的重要因素[4]。我们通过全院性大讲课及科室小讲课相结合的形式在风险防范、专科业务与基础理论、护理文书书写规范等方面进行培训。按照护理部年度业务培训计划,对外科手术科室进行护理业务现场查房,了解和评价科室护理人员对专科理论、围手术期护理掌握、护理措施的实施情况,并及时的给予业务指导。每月参与科室护理质量分析会,将护理文书质量控制中发现的护理问题与相关科室护理人员共同分析、讨论,查找影响术后患者护理质量的因素,共同制定整改措施。通过对护理文书的质量管理,2011 年手术患者病历缺陷数与去年同期相比下降了 397 条,下降率为 38%,围手术期护理质量得到了不断的提高。

护理文书不仅是病情观察和实施护理措施的记录,同时它体现了护理人员的综合素质、法制意识、质量意识、专业知识水平及文书书写能力等。因此,对护理文书的质量管理不能单纯地体现在奖与惩的层面上,而应该通过对护理文书质量监控过程中发现、挖掘影响护理质量的重要因素,引导科室有针对性地制定改进措施,确立新的目标,促进临床护理质量不断提高

[参考文献]

[1] 林艳娟,李满华,张淑琴. 护理病历质量缺陷分析与对策[J]. 护理管理与研究,2008,10(5):99.

[2] 卿晓堂,梁凤仙. 中医表格式护理记录单的实际和使用[J]. 护理管理杂志,2008,7(8):47-48.

[3] 陈 爱. 质控小组在护理病历管理中的作用[J]. 护理研究,2005,19(3):542.

[4] 丁四清,闽 杰. 三级医院护理文书存在的问题与对策[J]. 中国医院管理,2008,28(4):53-54.

(编辑:左艳芳)

368 例复杂困难型腹腔镜胆囊切除手术解剖技巧与分析

Clinical analysis and operation anatomical skill of complicated difficult laparoscopic cholecystectomy in 368 cases

陶 锐 (璧山县人民医院肝胆外科,重庆 璧山 402760)

[关键词] 复杂困难型;腹腔镜胆囊切除;手术解剖技巧;临床分析
[中图分类号] R575.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0671-02

随着腹腔镜外科技术的不断提高和腹腔镜设备器械的改进,腹腔镜外科技术现已广泛应用于腹部多种手术。采用腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy,LC)治疗胆囊良性疾病已较为普遍。随着手术的推广、手术适应症的扩大,大多数基层医院也开展了该手术,术中所遇到的复杂问题也不断增加。如急性胆囊炎、慢性胆囊炎急性发作所致胆囊 Calot 三角水肿、粘连,Mirizzi 综合征、慢性萎缩性胆囊炎、胆道系统变异等情况,增加了术中、术后出血和胆道损伤的风险,这一类胆囊在临床上称为"复杂困难型胆囊"[1]。我院肝胆外科 2002 年 3 月至 2011 年 3 月共开展腹腔镜胆囊切除术 2 268 例,属于复杂困难型胆囊共 368 例(16.7%)。本文回顾性分析 LC 处理复杂困难型胆囊的手术解剖技巧,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组病例 368 例,其中男 116 例,女 252 例,年龄 14~89 岁,大于 60 岁 215 例(58.4%),小于 18 岁 12 例(3.2%),平均 48 岁。急性水肿型胆囊炎 151 例,急性化脓性胆囊炎 110 例,萎缩性胆囊炎 60 例。胆囊坏疽 10 例,合并结石嵌顿 86 例、胆囊管结石 32 例。Mirzzi 综合征 3 例,胆道变异 3 例,胆囊结肠瘘 1 例,合并肝硬化 2 例,重度肥胖者(体重大于 100 kg)6 例。既往有腹部手术病史 32 例,包括有上腹部手术史,如胃大部切除、消化道穿孔、脾切除,下腹部手术史如阑尾切除、剖宫产、直肠、乙状结肠手术史等。其中急性胆囊炎(261 例)发病 72 h 内行手术者 190 例,超过 72h 行手术者 71 例。所有病人术前均行腹部彩超检查,若发现胆总管增粗(大于 8 mm)及胆红素、肝功酶谱增高者均行腹部 CT 或 MRCP 检查,未发现继发性胆总管结石。

1.2 手术方法

采用全身麻醉,常规放置腹腔镜,建立 CO_2 气腹,压力控制在 11~14 mmHg。置入腹腔镜后,完整暴露胆囊,观察胆囊及 Calot 三角。若胆囊张力高,不易抓持,则行胆囊穿刺减压。解剖 Calot 三角,游离胆囊管,显露"三管一壶腹",明确后以钛夹或生物夹夹闭胆囊管及胆囊动脉,解剖胆囊床,切除胆囊。如果胆囊三角粘连致密、水肿重或大量脂肪堆积,解剖困难,则用逆行切除、顺逆结合法或胆囊大部分切除法切除胆囊。若术中胆囊结石嵌顿或胆囊管结石,则尽可能将结石挤入胆囊后切除胆囊。若出现局部水肿、渗血等情况导致术野显示不清,使用

[收稿日期] 2012-06-08 [修回日期] 2012-06-29