

· 技术方法 · 文章编号: 1000-2790(2000)02-S0013-02

## 门诊病历抽评 698 份质量分析

单建平<sup>1</sup>, 商立军<sup>2</sup> (第四军医大学: <sup>1</sup> 西京医院门诊部,<sup>2</sup> 生物医学工程系数学教研室, 陕西 西安 710033)

关键词: 门诊病历; 质量管理; 标准

中图分类号: R197 文献标识码: B

**0 引言** 保证门诊病历书写质量是医院为患者提供全方位优质服务的组成部分, 为使临床医师对门诊病历质量引起足够重视, 并确保医院门诊病历质量管理制度化, 要求标准化、书写规范化, 我们对门诊各级医师的门诊病历书写质量进行了调查统计, 分析出影响我院门诊病历质量的诸因素, 提出改进管理措施

### 1 材料和方法

1.1 材料 依照三级甲等医院门诊病历书写要求, 我们制定

表 1 各级医师门诊病历评查结果分布

类别	高职		中职(含进修生)		初职		签名不清	
	份数	%	份数	%	份数	%	份数	%
优秀	218	60.9	161	56.9	4	36.4	0	0
良好	105	29.3	110	38.9	5	45.5	10	21.7
合格	31	8.7	9	3.2	2	18.2	24	52.2
不合格	4	1.1	3	1.1	0	0.0	12	26.1
合计	358	100	283	100	11	100	46	100

**3 讨论** 所抽查的 698 份门诊病历合格率为 97.3%, 其中优良率 87.8%, 优秀病历占 54.9%。门诊病历质量中明显存在着三高三低的现象: 高职医师病历质量优秀率高, 初职医师优秀率低; 各级医师中平时工作认真, 责任心强的医师病历质量优秀率高, 反之则低; 门诊患者流量小时, 各级医师病历质量优秀率高, 患者流量高峰期则低。我们认为影响门诊病历书写质量的因素主要有以下 3 个方面

3.1 出门诊人员水平 接诊量占半数以上的我院高职医师队伍, 他们大多具备丰富的临床工作经验, 扎实的专业功底, 严谨的工作作风以及良好的敬业精神, 他们的病历质量优秀率高是必然的。中职医师的优秀病历率略低于高职医师, 但其病历质量优良率及合格率在各级医师中最高, 说明中职医师在完成日常门诊医疗工作方面具有一定优势。为数不多的初职医师当中也有 1/3 的优秀病历, 但他们的病历质量问题仍较为突出, 特别是在本专科高职出诊人员少, 普通门诊数量多

了具体严格的评定标准。门诊病历书写内容: 就诊科室; 就诊时间; 主诉(包括主要症状部位及持续时间); 现病史(包括与本次疾病有关的过去史、个人史及家族史); 查体: 一般情况, 阳性体征及有助于本次疾病鉴别诊断的阴性体征; 初步诊断; 处理意见(含诊断证明); 医师签名

1.2 方法 聘请数位专业水平高, 工作责任心强的在职老教授(选自内科、外科及其他专科), 对 1998-04/10 我院门诊 28 个临床科室就诊患者的门诊病历进行随机抽查评定

评定标准: 将所抽查门诊病历质量分为 4 个等级: 优秀、良好、合格、不合格。优秀: 内容书写完整, 字迹清晰, 无漏诊、误诊及处理不当。良好: 一般内容遗漏, 如就诊时间、就诊科室或签名不清; 无明显漏诊、误诊及处理不当。合格: 主要内容遗漏一项, 如主诉、现病史、查体、处理或字迹不易辨认; 无明显漏诊、误诊及处理不当。不合格: 主要内容遗漏二项以上或明显的漏诊、误诊及处理不当、无签名等

**2 结果** 共查门诊病历 698 份, 优秀 383 份(54.9%), 良好 230 份(33.0%), 合格 66 份(9.5%) 和不合格 19 份(2.7%)。各级医师的病历质量见表 1。

的情况下, 容易出现问

3.2 出门诊人员心态 面对繁忙的门诊工作, 心理素质好, 态度端正的医师, 病历书写完整、规范。少数医师思想不重视, 认为门诊病历书写质量不影响对疾病的诊治, 患者也少有要求, 因此有时草率从事, 三言两笔, 甚至一字不写, 只开处方。个别老年资医师, 多为已离退休回聘人员, 满足于患者对他们诊治水平的信赖, 由于身体现状等原因, 使得病历书写难免出现漏洞。除上述情况之外, 签名不清, 是各级医师中普遍存在的问题, 应从思想上引起足够重视

3.3 接诊数量 由于近年来我院门诊量逐年上升, 各临床专科出门诊医师力量难以满足需要, 门诊医师人均接诊量一再增加, 门诊患者人均就诊时间一再缩短, 而患者的就医需求并未因此降底, 从客观上对门诊各级医师提出了更高的要求: 快看病, 看好病。在此条件下, 保证门诊病历书写质量相对地成为一个难题

3.4 科学管理 根据对门诊病历质量随机抽查评定结果的分析, 按照门诊工作流程, 在各个环节部位我们做了如下工作: 合理分诊, 通过对挂号员、导诊员的岗位培训, 做到根据

收稿日期: 1999-09-23; 修回日期: 1999-10-30

作者简介: 单建平(1954-), 女(汉族), 北京市人, 主管护师 Tel (029) 3375505



门诊患者的不同病情、不同需求科学地合理安排挂号和就诊秩序,为患者和医师营造良好的医疗环境。加强出诊人员力量,调整好出诊人员结构,增加高职医师出门诊人次,严格执行主治医师以上门诊制度,控制住院医师出门诊人数,不允许进修医师单独出门诊。门诊患者高峰期及时补充各科接诊人员后备力量。对门诊病历质量层层把关,每日由门诊诊断证

明盖章处对每份病历认真查阅后盖章,每月各专科门诊医疗组长对每位医师门诊病历质量定量抽查打分;安排部分专家教授按专科划片对各级医师门诊病历进行抽查评价;定期召开专题讲座,请相关专家教授对近期门诊病历质量进行讲评。以上努力,将会对提高我院门诊病历质量产生影响

编辑 许昌泰

· 经验交流 · 文章编号: 1000-2790(2000)02-S0014-01

## 急性有机磷农药中毒 120 例的救治

宋德根, 王伯良, 赵丽文

(第四军医大学唐都医院急诊科, 陕西 西安 710038)

关键词: 农药; 中毒; 有机磷; 急救; M S

中图分类号: R 139.3 文献标识码: B

**0 引言** 近年来,我科在救治急性有机磷农药(organophosphorus, OP)中毒方面,积累了一些经验,现报告如下。

### 1 对象和方法

**1.1 对象** 本组 120 例符合《急诊急救学》中的诊断标准<sup>[1]</sup>(男 29 例,女 91 例),年龄 1.5~70 岁,平均 28.6 岁。经口中毒 99 例,经皮肤中毒 21 例。轻度中毒 15 例,中度中毒 42 例,重度(含极重度)中毒 63 例。1996 年 39 例,1997 年 43 例,1998 年 38 例。DDV 79 例,乐果 20 例,混合性中毒 10 例,水胺磷 3 例,氧化乐果、3911、1059、对硫磷各 2 例,敌百虫 1 例,药名不详 10 例。服毒量 > 250 mL 4 例, > 200 mL 20 例, > 100 mL 38 例, > 50 mL 27 例, < 50 mL 25 例,剂量不详 6 例。

**1.2 治疗** 常规综合性治疗主要包括切断毒源、清除毒物、合理使用拮抗剂、解毒剂及对症支持疗法,时间 6 h~21 d,平均 5.7 d。严重病例在常规综合性治疗的同时,采取保留胃管,反复洗胃。具体方法是:第 1 次洗胃 10 L 以上或直到洗清为止,胃管保留 2~3 h 后再洗 2000~3000 mL。胃管再保留再洗 1~2 次。对出现中间期肌无力综合征(intermediate myasthenic syndrome, M S)的患者,除积极有效的人工复苏外,采用延长呼吸机辅助呼吸时间,直到自主呼吸恢复平稳后撤机。

治愈标准<sup>[2]</sup>:中毒症状消失,生命体征正常,胆碱脂酶(CHE)活力达 60% 以上(特殊情况除外)。

收稿日期: 1999-10-18; 修回日期: 1999-12-13

作者简介: 宋德根(1949-),男(汉族),安徽省舒城市人。主治医师,副主任。Tel (029)3577757

**2 结果** 占急性中毒的 48.8%,男女之比为 1:3。治愈 96 例,死亡 12 例,转院 2 例(小儿),好转后自回 10 例。抢救成功率 88.9%,病死率为 12.5%。发生 M S 6 例,其中死亡 2 例,抢救成功率 66.7%。混合性中毒占一定比例,年度与季度间发病率相比较,经统计学处理无显著差异( $P > 0.05$ )。

**3 讨论** OP 是我国目前使用最多,毒性最强的一类农药。因种种原因而导致急性中毒者时有发生。发病率一直居高不下,并有明显的地区性差异,我院虽地处城乡结合部,OP 中毒仍占中毒总人数的 48.8%。且混合性中毒给临床救治增加更大难度。OP 能强有力地抑制 CHE,造成胆碱能系统及其支配的效应器官的生理功能的严重破坏,以致临床出现多种危象。有报道<sup>[3]</sup>OP 中毒直接死于呼吸衰竭者占 46.5% 以上,为此,我们在常规综合性急救治疗方案的基础上,选择性地对中重度患者采取保留胃管,反复洗胃以减少毒物再吸收,有效地控制了病情的进一步恶化。M S 是近 10 a 来国内外报道的另一种具有临床急救意义的危象。M S 一旦发生,在多发此症的基层医院病死率极高。M S 实为急性 OP 中毒经足量乙酰胆碱拮抗剂和 CHE 复能剂(如解磷注射液)后,又出现以呼吸肌麻痹为主要临床表现的一种临床病理过程。因此,呼吸机辅助呼吸乃是目前国内外公认的唯一有效的急救治疗措施<sup>[4,5]</sup>。结合我科临床经验,我们认为,常规综合性治疗是急性 OP 中毒救治的基本方案;保留胃管,反复洗胃是减少毒物再吸收的有效方法;M S 的救治主要依靠延长呼吸机辅助呼吸时间,直到自主呼吸恢复平稳后撤机,上述救治方法可继续推广运用。

### 参考文献

- [1] 景炳文. 急诊急救学[M]. 上海: 科学普及出版社, 1997: 584
- [2] 蒋灵阁, 叶万林, 韩学华 *et al*. 有机磷中毒急救技术的临床应用(附 312 例分析)[J]. 临床荟萃, 1993; 8(6): 273
- [3] 贾卫滨, 徐世祥, 冯殿启 *et al*. 口服有机磷农药中毒 657 例的临床分析[J]. 中华内科杂志, 1996; 35(5): 333-334
- [4] Senanayake N, Karaliedde L. Neurotoxic effects of organophosphorus insecticides: An intermediate Syndrome[J]. *N Engl J Med*, 1987; 316(13): 761
- [5] 宋德根, 陈习进. 急性有机磷中毒致中间综合征 2 例[J]. 陕西医学杂志, 1997; 26(10): 628

编辑 王小仲