

参考文献

[1] HEAD H W. Thermal ablation for hepatocellular carcinoma[J]. Gastroenterology, 2004, 127(5):167-178.

[2] LENCIONI R, CROCKETTI L. Radiofrequency ablation of liver cancer[J]. Tech Vasc Interv Radiol, 2007, 10(1):38-46.

[3] PICCIONI F, FUMAGALLI L, GARBAGNATI F, et al. Thoracic paravertebral anesthesia for percutaneous radiofrequency ablation of hepatic tumors[J]. J Clin Anesth, 2014, 26(4):271-275.

[4] DAVIES R G, MYLES P S, GRAHAM J M. A comparison of the analgesic efficacy and side-effects of paravertebral vs epidural blockade for thoracotomy: a systematic review and meta-analysis of randomized trials[J]. Br J Anaesth, 2006, 96(4):418-426.

[5] 丁文平, 贾梦醒, 乔璐, 等. 超声引导下胸椎旁神经阻滞在乳腺癌根治术中的应用研究[J]. 肿瘤药学, 2019, 9(4):641-645.

[6] 郭芳, 李佳, 陈磊, 等. 超声引导下经皮肾脏肿瘤射频消融术的早期经验[J]. 肿瘤影像学, 2018, 27(4):279-284.

[7] CHEUNG N M, KARMAKAR M K. Right thoracic paravertebral anaesthesia for percutaneous radiofrequency ablation of liver tumours[J]. Br J Radiol, 2011, 84(1005):785-789.

[8] MAO L, LIN S, LIN J. The effects of anesthetics on

tumor progression[J]. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol, 2013, 5(1):1-10.

[9] 万政佐, 阙彬, 梁志鹏, 等. 肝癌射频消融术采用超声引导胸椎旁神经阻滞麻醉的临床观察[J]. 中国现代医生, 2016, 54(34):108-111.

[10] 周蓉, 万政佐, 张蔚青, 等. 胸椎旁神经阻滞在肝脏肿瘤射频消融手术的应用[J]. 中国现代医生, 2015, 53(16):95-98.

[11] 王明全, 周军. 全麻加胸椎旁阻滞对原发性肝癌患者术后机体免疫及肿瘤标志物影响观察[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2018, 25(16):1174-1177.

[12] 吴新华, 赵晓亮, 徐桂萍, 等. 全凭静脉麻醉复合椎旁神经阻滞对胸腔镜下肺病损切除术患者应激反应、血流动力学及术后镇痛的影响[J]. 现代生物医学进展, 2018, 18(24):4707-4711.

[13] 李宗超, 刘乙锦, 陈玉辉, 等. 椎旁阻滞术对肝胆手术患者术后疼痛评分和血清细胞因子水平的影响[J]. 实用肝脏病杂志, 2017, 20(5):584-587.

[14] 宋晓阳, 何爱萍, 韩彬. 不同麻醉和镇痛方法对食管癌患者围术期应激反应和细胞免疫功能的影响研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(5):619-622.

[15] 刘阳. 手术应激对兔和患儿血清中 ACTH、Cor 和 IL-6 的影响及意义[D]. 郑州: 郑州大学, 2010.

(收稿日期:2020-07-23 修回日期:2020-11-28)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.06.023

## 医护一体化在战地紧急救援抗击新型冠状病毒肺炎 ICU 病历质量管理中的运用

王 英<sup>1</sup>, 徐 霞<sup>2</sup>, 吴美慧<sup>2</sup>, 梁泽平<sup>2△</sup>

中国人民解放军陆军特色医学中心:1. 神经外科;2. 护理部, 重庆 400042

**摘 要:**目的 探讨医护一体化模式在战地紧急救援抗击新型冠状病毒肺炎(COVID-19)重症监护室(ICU)病历质量管理中的运用效果。方法 科室成立医护一体化病历质量管理小组,对在院病历质量进行调研分析,创建 ICU 基本医嘱和专科医嘱模板,医护交叉检查运行病历,强化沟通与培训,并持续质量改进。比较实施医护一体化病历质量管理前后病历缺陷情况和病历质量。结果 实施医护一体化病历质量管理后,医嘱单、床旁检验单归档、病程记录、护理记录、医患沟通记录及其他缺陷率均较实施前有所下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。实施医护一体化病历质量管理后,医疗护理记录不及时、不连续、不一致、未突出重点、执行时间不一致、未体现专科特点的发生率均较实施前有所下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 医护一体化在战地紧急救援抗击 COVID-19 ICU 病历质量管理中的运用效果佳,可为突发公共卫生事件提供参考。

**关键词:**新型冠状病毒肺炎; 病历; 医护一体化; 质量管理

中图分类号:R197.323

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)06-0805-04

新型冠状病毒肺炎(COVID-19)疫情期间,湖北省外医务人员响应公共卫生事件危机处理紧急调动,纷纷驰援湖北,助力当地的疫情防控工作,并取得了很好的效果<sup>[1]</sup>。COVID-19 具有传播速度快、传染性

较强、人群普遍易感及疾病危害大等特点<sup>[2]</sup>,救援工作必须快速、准确,而由于传染病医院“三区两通道”<sup>[3]</sup>设置所带来的工作模式改变,加上省外医务人员多数不熟悉当地的医保政策和对口医院的医院信息系

△ 通信作者, E-mail:419624966@qq.com.

统等,从而导致在救治患者的过程中,特别是在全托管式的医院中容易出现医嘱单缺陷、病历记录不规范等问题<sup>[4]</sup>。病历在医疗、预防、教学、科研和医院管理等方面有着重要作用<sup>[5]</sup>,而此次抗疫的重症监护室(ICU)医护人员多由各单位、各专科抽调组成<sup>[6]</sup>,部分人员不熟悉 ICU 病历管理要求,ICU 患者病情危重,特殊情况多,病历记录更加复杂、要求更高,这些都对 ICU 病历质量管理提出了更高的要求。笔者作为医疗队员参与了此次抗疫任务,现将医护一体化模式在战地紧急救援抗击 COVID-19 ICU 病历质量管理中的运用分享如下,以期突发公共卫生事件的医院管

理提供参考。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2020 年 2 月 20 日至 4 月 6 日武汉市某 COVID-19 专科医院 ICU 的病历 67 份为研究对象。其中 2020 年 2 月 20 日至 3 月 12 日入科患者的 30 份病历未实施医护一体化病历质量管理,对 2020 年 3 月 13 日至 4 月 6 日入科患者的 37 份病历实施医护一体化病历质量管理。实施前与实施后病历中患者性别、年龄、COVID-19 分型、抢救成功率、病死率等比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,见表 1。

表 1 实施医护一体化病历质量管理前后病历中患者的基本资料比较

项目	n	男/女(n/n)	年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	普通型/危重型(n/n)	抢救成功率(%)	病死率(%)
实施前	30	18/12	75.23±11.89	2/28	73.33	26.67
实施后	37	22/15	75.62±12.45	1/36	81.08	18.92
$\chi^2/t$		0.002	0.890	0.600	0.564	0.564
P		0.964	0.300	0.439	0.453	0.453

### 1.2 方法

**1.2.1 成立医护一体化病历质量管理小组** 医护一体化是近几年来广泛应用于临床护理、护理管理、护理科研和护理教育工作中的一种管理模式<sup>[7]</sup>,该模式认为医生和护士之间是一种可靠的合作关系,通过该模式医护双方都能认可并接受各自的行为和责任,最终达到保护双方利益和实现共同目标的目的<sup>[8]</sup>。自入驻武汉市某 COVID-19 专科医院 ICU 以来,时间紧、任务重,因此成立了医护一体化气管管理小组、血液滤过小组,均取得了较好的效果。2020 年 3 月 8 日,经科室管理小组会议决定,成立医护一体化病历质量管理小组,由科主任和护士长担任责任组长,住院总医师和副护士长作为小组成员,从 2020 年 3 月 13 日起开始实施医护一体化病历质量管理。

**1.2.2 调研病历质量现状并进行分析** 小组成员对在院病历质量进行调查,并对存在的问题进行统计分析。数据显示:病历缺陷发生率高,占抽查病历总数的 93.3%。病历缺陷多发项目依次是:(1)医嘱单缺陷,表现为特殊操作无医嘱,如输血、各类穿刺置管、气管插管无医嘱;清洁区、污染区医生重复开具医嘱,如病危通知、血糖监测、中心静脉压监测等医嘱重复;医嘱不符合对口医院计费习惯等。(2)ICU 内床旁检验单,包括血气分析单、心电图单等,存在污染区医护人员未及时将检验单拍照发送至清洁区,清洁区医生未及时打印照片、未及时归档等问题。(3)医疗病程记录缺陷,表现为部分特殊操作缺记录,如各种有创操作、输血、检验结果危急值处理情况未及时记录等。(4)护理记录不规范,表现为记录间隔时间太长,如部分患者 2~3 h 无任何护理记录;描述错误,如高流量

氧气湿化治疗被部分护士记录为无创呼吸机治疗等。(5)医患沟通不符合要求,表现为对部分电话沟通内容未进行录音,患者方沟通者信息模糊,无具体姓名及联系方式等。

**1.2.3 医护一体共同创建医嘱模板,明确医嘱责任人** 针对医嘱单不规范、不符合对口医院计费要求的问题,科室固定 1 名熟悉病历质量要求的 ICU 办公护士学习武汉医保政策及对口医院信息管理系统,医护人员共同创建科室所需的医嘱模板,包括入住 ICU 的基本医嘱,涉及常规护理、护理级别、饮食、病危或病重、基础护理,以及心电、血压、血氧饱和度、血糖监测等内容;专科医嘱包括置入胃管、导尿管、高流量氧气湿化治疗、无创呼吸机、气管插管及有创呼吸机、气管切开、胸腔穿刺及引流、中心静脉穿刺及中心静脉压测定、动脉穿刺置管及有创血压监测、血液滤过治疗、体外膜肺氧合(ECMO)等内容。另一方面,针对医嘱开具重复和特殊操作无相关医嘱的问题,根据传染病病房及 ICU 医护排班特点,科室明确红区医生负责完成当班医嘱下达,特殊操作医嘱谁操作谁负责,红区责任组长负责落实好本班次医嘱转抄及处理。

**1.2.4 医护一体强化文书培训,持续质量改进** 针对病程记录缺陷、护理记录不规范的问题,小组成员及时传达医院 COVID-19 病历书写相关要求及更新规定,明确医疗护理文书记录的时间、内容和人员。医生和护士参加医院信息系统操作培训,做到人人知晓,人人过关。针对床旁检验单归档的问题,科室明确床旁检验单由当班责任护士负责拍照发送至微信群内,主管医生负责收集、打印、整理。关于医患沟通,科室明确使用科室专用手机进行沟通,沟通者负

责录音,保存于手机的录音文档必须标注患者姓名和联系人电话,主管医生负责收集、整理和医患沟通记录文书书写。小组成员将每次检查结果以微信形式反馈至主管医生或护理责任组长,确保病历终端管理责任到人。

**1.2.5 主管医生、办公室护士对运行病历交叉检查** 运行病历是医护人员在患者诊疗过程中书写但尚未归档的法律文书<sup>[9]</sup>,科室规定,医护交叉检查运行病历,主管医生核查所管患者护理记录情况,办公室护士每天核查医嘱开具与医疗护理记录符合情况,对存在疑问的地方及时询问核实,对记录内容与事实不符的现象及时提醒并整改。患者转出 ICU 或出院时,上级医师核查医疗病程记录情况,再由 2 名 ICU 病历质量管理小组成员共同审核后提交病历。

**1.3 评价指标** 以中华人民共和国国家卫生健康委员会发布的 2010 版《病历书写基本规范》为标准,纳入科室病历质量管理小组成员(2 人共同认定)自查结果,医疗科、护理部运行病历抽查及医院病案质量管

理科终端检查结果。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS20.0 软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 实施医护一体化病历质量管理前后病历缺陷情况比较** 实施医护一体化病历质量管理后,医嘱单、床旁检验单归档、病程记录、护理记录、医患沟通记录及其他缺陷率均较实施前有所下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.2 实施医护一体化病历质量管理前后病历质量比较** 实施医护一体化病历质量管理后,医疗护理记录不及时、不连续、不一致、未突出重点、执行时间不一致、未体现专科特点的发生率均较实施前有所下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 实施医护一体化病历质量管理前后病历缺陷情况比较[n(%)]

项目	n	医嘱单缺陷	床旁检验单归档缺陷	病程记录缺陷	护理记录缺陷	医患沟通记录缺陷	其他缺陷
实施前	30	28(93.33)	27(90.00)	23(76.67)	20(66.67)	10(33.33)	14(46.67)
实施后	37	15(40.54)	10(27.03)	11(29.73)	9(24.32)	2(5.41)	6(16.22)
$\chi^2$		19.785	29.228	14.385	11.919	8.658	7.226
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 实施医护一体化病历质量管理前后病历质量比较[n(%)]

项目	n	记录不及时	记录不连续	记录不一致	记录未突出重点	执行时间不一致	记录未体现专科特点
实施前	30	15(50.00)	12(40.00)	24(80.00)	13(43.33)	22(73.33)	24(80.00)
实施后	37	4(10.81)	3(8.11)	6(16.22)	2(5.41)	4(10.81)	7(18.92)
$\chi^2$		10.669	7.949	24.74	11.62	24.702	22.466
P		0.001	0.005	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

**3 讨 论**

COVID-19 疫情对医生和护士都是一个全新的挑战,医护之间如何做到合理分工、密切联系、交换信息,最后达到标准一致、信息对等,在此次 COVID-19 救治前线,特别是在 ICU 是非常重要的。面对此次疫情,客观、真实、及时、完整的病历记录,不仅有利于保障医疗质量和安全、防范医疗纠纷,更有利于 COVID-19 相关科学研究的快速、准确开展。在此次救援工作早期,由于医嘱单缺陷、检验单归档不及时、医疗护理记录缺陷、医患沟通记录缺陷等问题导致护士执行医嘱时不确定性大,查看病历时疑问多,计费不准确等状况经常发生,严重影响了救援效率。

ICU 患者由于病情危重,医护人员工作量大,病历资料涉及的评估记录、操作记录、抢救记录、死亡记

录多,病历记录更加复杂<sup>[10]</sup>。本研究结果显示,通过成立医护一体化病历质量管理小组,医护人员共同创建 ICU 基本医嘱和专科医嘱模板,并采取交叉检查运行病历,不断强化沟通与培训,持续质量改进等系列措施,大大降低了医疗护理记录缺陷率,提高了病历书写质量。

医护一体化工作模式强调医护双方共同合作、共同参与诊疗和护理工作<sup>[7]</sup>,该模式既有利于医护双方明确各自的责任范围,避免不清楚对方的工作内容和要求,又有利于医护团队对国家诊疗政策及防控措施等相关知识的同步更新,避免信息差异、信息不对等、标准不统一等问题<sup>[11]</sup>,在抗击 COVID-19 疫情的非常时期体现了不同知识体系的优化组合和团队精神,可在公共卫生事件战地紧急救援中推广运用。

面对 COVID-19 疫情,全国医护人员纷纷驰援武汉,有序、有效、快速、安全地开展了救治工作,成效显著。但由于疫情紧迫、时间仓促等原因,本研究所制订的疫情下 ICU 病历管理方案尚有不足之处,仍需进一步总结、改进。

## 参考文献

- [1] 张源慧,唐龙,蒋倩,等.紧急异地救援抗击新型冠状病毒肺炎的护士早期心理困扰调查[J].护理学杂志,2020,35(5):5-8.
- [2] ZHU N,ZHANG D,WANG W,et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019 [J]. N Engl J Med,2020,382(8):727-733.
- [3] 冯梅,吴颖,吴小玲,等.新型冠状病毒肺炎一线支援医疗队护理团队建设[J].中国呼吸与危重监护杂志,2020,19(2):137-140.
- [4] 付强,张秀月,李诗文.新型冠状病毒感染医务人员职业暴露风险管理策略[J].中华医院感染学杂志,2020,30(6):801-805.
- [5] 黄应德,陈相军,陈敏,等.新型冠状病毒肺炎疫情下病房

- 质量管理应急策略[J].华西医学,2020,35(4):396-400.
- [6] 郑小燕,郑丽花,杨彧,等.组建援鄂医疗队护理人员配置与工作模式的探讨[J].广东医学,2020,41(4):329-331.
- [7] 吴佼佼,马红梅,廖春霞,等.医护一体化工作模式在护理领域中的应用现状[J].中国医药导报,2017,14(4):38-42.
- [8] 李欢,宁宁,马莉,陈佳丽.护理人员对实施医护一体化工作模式的评价[J].护理研究,2012,26(32):3040-3041.
- [9] TSITOURA E,BIBAKI E,BOLAKI M,et al. Treatment strategies to fight the new coronavirus SARS-CoV-2: a challenge for a Rubik's Cube Solver[J]. Exp Ther Med, 2020,20(1):147-150.
- [10] 刘花,朱玉梅,李华,等. ICU 医护记录不一致的原因分析与改进对策[J/CD].实用临床护理学电子杂志,2017,2(26):185-186.
- [11] 刘亚珍,申海燕,刘春晓,等.泌尿外科新型冠状病毒肺炎防控的医护一体化管理[J].护理学杂志,2020,35(9):29-31.

(收稿日期:2020-07-22 修回日期:2020-12-08)

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.06.024

# 伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中的疗效观察

周力,刘小位,李娜,罗小红,刘伟,焦云婷,沈江立<sup>△</sup>

陕西省咸阳市中心医院肛肠科,陕西咸阳 712000

**摘要:**目的 观察伞状缝合应用于混合痔痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)术中的疗效。方法 选取该院肛肠科 2016 年 5 月至 2019 年 5 月收治的接受 PPH 治疗的混合痔患者 102 例,按非随机临床同期对照研究及患者自愿原则,分为单荷包组(33 例)、双荷包组(30 例)和伞状组(39 例),单荷包组予以单荷包缝合,双荷包组予以双荷包缝合,伞状组予以伞状缝合,比较各组患者治疗效果、直肠黏膜切除情况、伤口愈合时间,以及并发症发生情况。结果 伞状组总有效率为 97.44%,与单荷包组的 93.94%、双荷包组的 96.67% 比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。伞状组直肠黏膜切除宽度明显大于单荷包组、双荷包组,切除均匀率明显高于单荷包组、双荷包组,伤口愈合时间明显短于单荷包组、双荷包组,肛缘水肿、肛门下垂、术后出血的发生率明显低于单荷包组、双荷包组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中可明显改善患者直肠黏膜切除情况,缩短伤口愈合时间,降低术后并发症发生率。

**关键词:**伞状缝合; 混合痔; 痔上黏膜环形切除钉合术; 并发症

**中图法分类号:**R657.1+8

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2021)06-0808-04

痔是一种常见的临床疾病,以混合痔多见,患者主要表现为肛垫病理性下移、肥大,影响患者日常生活、工作等<sup>[1]</sup>。对于保守治疗无效的患者,手术治疗成为主要的治疗方式<sup>[2]</sup>。痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)是一种应用广泛的治疗混合痔的手术方法,具有操作简便、术后并发症较少、患者恢复较快等特点<sup>[3]</sup>。PPH 手术成功的关键在于术中荷包缝合技术,单荷包缝合、双荷包缝合是目前常用的两种缝合技术,但均存在对直肠黏膜切除不充分或切除不完整的

缺点<sup>[4]</sup>。本研究旨在探讨新的缝合技术(伞状缝合)应用于 PPH 对患者临床疗效的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院肛肠科 2016 年 5 月至 2019 年 5 月收治的接受 PPH 治疗的混合痔患者 102 例作为研究对象。纳入标准:(1)符合《痔临床诊治指南(2006 版)》<sup>[5]</sup>中混合痔的相关诊断标准;(2)临床分期Ⅲ~Ⅳ期;(3)未接受其他手术治疗;(4)患者同意参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)合并

<sup>△</sup> 通信作者,E-mail:97512934@qq.com.

本文引用格式:周力,刘小位,李娜,等.伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中的疗效观察[J].检验医学与临床,2021,18(6):808-811.