

# Quality Management and Improvement Strategy of Pre-Hospital Emergency Medical Records

Mingdao Gao<sup>1</sup>, Rongjia Yang<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Gansu Emergency Medical Aid Center, Lanzhou Gansu

<sup>2</sup>Gansu People's Hospital, Lanzhou Gansu

Email: \*871755351@qq.com

Received: May 4<sup>th</sup>, 2017; accepted: May 19<sup>th</sup>, 2017; published: May 24<sup>th</sup>, 2017

---

## Abstract

**Objective:** Check the quality of pre-hospital emergency medical records, list the problems, sum up, share experience to reflect the professional value of pre-hospital emergency physicians, and improve the quality of pre-hospital emergency. **Methods:** We started examining the first emergency medical records of the center in 19306 in 2016, analyzing and summarizing its contents. **Results:** We found that there are 10 aspects of problems like first-aid time chain without logic in pre-hospital emergency medical records. **Conclusion:** The pre-hospital emergency medical records are not only a simple medical record, but the basic medical documents, and also the legal documents. So we must follow the principle of accurate and detailed, complete refining and focused, and carefully write each pre-hospital emergency medical record.

## Keywords

Pre-Hospital Emergency, Medical Records, Quality Management, Improvement Strategy

---

# 院前急救病历质量管控与改进策略

高明道<sup>1</sup>, 杨蓉佳<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>甘肃省紧急医疗救援中心, 甘肃 兰州

<sup>2</sup>甘肃省人民医院急诊科, 甘肃 兰州

Email: \*871755351@qq.com

收稿日期: 2017年5月4日; 录用日期: 2017年5月19日; 发布日期: 2017年5月24日

\*通讯作者。

## 摘要

目的: 检查院前急救病案质量, 列出其中存在的问题, 总结归纳, 经验分享, 以体现院前急救医生的职业价值, 提高院前急救质量。方法: 检查本中心直属分站2016年全年院前急救病历19,306份, 对其内容进行汇总分析。结果: 所检院前急救病历存在急救时间链无逻辑性等10方面的问题。结论: 院前急救病历不只是简单的出诊记录, 而是基本的医疗文书, 也是法律文书, 应遵循准确详实, 完整精炼且重点突出的原则, 以科学严谨的态度认真书写每一份院前急救病历。

## 关键词

院前急救, 病历, 质量管控, 改进策略

Copyright © 2017 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

急救病历是院前急救人员对病人发病经过、现场目击实景以及现场救治情况所作的文字记录, 是院前急救医生诊断和治疗疾病以及与院内医护进行病患交接的重要依据, 也是医疗科研教学的重要资料, 又是探索疾病规律及处理医疗纠纷的法律依据。对急救病历质量的把控是提升院前急救质量和效率的具体体现之一。

## 2. 资料及方法

资料收集甘肃省紧急医疗救援中心直属分站 2016 年 1 月至 2016 年 12 月院前急救出诊的 19,306 份院前急救病历。根据《卫生部关于印发<病历书写基本规范>的通知》(卫医政发[2010]11 号)的标准进行病历全面检查, 检查项目包括: 一般项目(姓名、性别、年龄、职业、国籍); 急救时间链(急救组出诊时间、到达现场时间、患者上车时间、送达医院时间、院内接诊时间); 专业技术项目(主诉、现病史、既往史、过敏史、生命体征、查体、必要的辅助检查、初步诊断、抢救措施、转运途中情况、接收医院、交接时患者生命体征)和确认签名字迹等四个方面的 20 余项, 共检出缺陷病历 3,107 份, 占总检病历的 16.09%, 进行统计分析, 得出结论。

## 3. 主要问题

### 3.1. 急救时间链逻辑错误

此项缺陷占总缺陷病历数的 15.42%, 院前急救是一项与时间赛跑的工作, 大多数情况下是要在较短的时间内完成各类急重任务就难免出现错乱, 急救时间链逻辑错误大多发生在早上与中午、午夜与凌晨、日与日、月与月、年与年的更替时间段。

### 3.2. 字迹书写不清、潦草

此项缺陷占总缺陷病历数的 10.33%, 截止目前, 我省院前急救出诊的急救医生仍在使用纸质人工手

写版的急救病历, 未启用电子病历, 由于接触病患时间短、患者多、抢救患者、车辆颠簸等原因, 往往会出现字迹书写不清、涂改不规范、潦草。

### 3.3. 主诉及现病史记录不准确

此项缺陷占总缺陷病历数的 18.99%, 院前急救医生在执行急救任务时, 由于患者情绪激动、意识状态改变或第一目击者不愿配合等原因, 导致急救医生很难在有限的时间内根据实际情况总结梳理出精炼的主诉和重点突出的现病史, 随着时间的变化、救治的深入和疾病的发展, 往往会出现主诉及现病史记录不准确、记录“南辕北辙”的情况。

### 3.4. 阳性体征记录不全

此项缺陷占总缺陷病历数的 12.07%, 由于院前急救工作的强度大、精细化管理薄弱, 部分人员责任心不强, 在急救工作中对患者查体不到位、不全面, 出现阳性体征记录不全的情况, 从而导致急救病历的病史、诊断依据、初步诊断以及现场救治缺乏一致性。

### 3.5. 有鉴别意义的阴性体征记录不妥

此项缺陷占总缺陷病历数的 27.91%, 院前急救医生有时仅对常见、多发的疾病考虑得较全面, 对疑难重症疾病不甚熟悉或不敢深入、细致查问, 对有鉴别意义的阴性体征忽略不计、记录过于简单或流于形式, 导致同一疾病出现不同表现时, 容易造成漏查误诊。

### 3.6. 重要的既往史记录不详

此项缺陷占总缺陷病历数的 6.37%, 急救医生首次接触到患者时, 患者往往主诉的是他(她)认为最急、最需要救治的症状, 有些表象症状看似简单, 实则导致急救医生忽略了疾病的因果关系, 在进行初步诊断时, 如忽略有价值的既往史, 则可能造成误诊。

### 3.7. 辅助检查的记录不全或单据去向不明

此项缺陷占总缺陷病历数的 4.12%, 急救医生遗漏患者现场辅助检查数据, 心电图记录、血气分析等单据去向不明, 导致患者交接不完整, 院前急救病历的真实性也大打折扣。

### 3.8. 药品使用不准确或救治措施不当

此项缺陷占总缺陷病历数的 1.70%, 目前全国急救队伍建设均处于“尴尬”状态, 离职人员的比例远大于新入职人员的比例, 急救医生很多时候都是单枪匹马完成繁重的急救任务, 缺乏指导老师或上级医师把关[1], 现有急救医生水平参差不齐, 入职无统一标准、培训工作滞后等原因, 导致执业能力、专业水平没有系统的提高而出现药品使用或记录错误, 更有甚者会出现救治措施不得当或错误的情况。

### 3.9. 未及时完成告知或患方签字

此项缺陷占总缺陷病历数的 3.09%, 患者在整个院前急救过程中有知情同意权, 急救医生应及时履行告知义务, 尤其在准备进行侵入性检查治疗时或患者病情发生变化、有生命危险时, 更要及时告知患者家属及监护人。有时由于急救现场环境复杂, 危重症患者抢救过程人手少、时间紧或患方监护人未能到场等原因, 而导致告知中断、家属签字空缺的现象发生[2]。

### 3.10. 出现错别字

此项缺陷占总缺陷病历数的 1.29%, 院前急救医生工作强度大、作息时间不规律、应急工作繁重、

知识点的补充较单一等, 导致院前急救医生在专业知识的精度和文字识写方面存在欠缺。

#### 4. 急救病历现状及存在问题分析

本组资料中急救病历缺陷排前三位的是: 有鉴别意义的阴性体征记录不妥, 主诉及现病史记录不准确, 急救时间链逻辑错误三个方面, 分别占缺陷病历的 27.91%、18.99%、15.42%, 这将导致一些疾病诊断不准确, 鉴别诊断依据不充分, 尤其是同一疾病出现不同症状和体征时, 就会导致漏诊或误治; 急救时间链逻辑错误, 直接影响某些急危重症患者入院救治的连续性, 导致院内医护人员对患者的发病求援、救治过程、疾病演变出现判断倒错、治疗重复、后续治疗方向错误等严重后果。

本组资料中急救病历缺陷排后三位的是: 未及时完成告知或患方签字, 药品使用不准确或救治措施不当, 出现错别字三个方面, 分别占缺陷病历的 3.09%、1.70%、1.29%, 这些看似所占比例不高的缺陷, 实则存在多个医疗风险点, 救治措施不当、药品使用不规范等错误记录, 都会影响患者后续治疗的全面性和侧重点, 患者的生存意义和生活质量因此受到影响, 甚至会失去生命; 未尽告知义务、签字空缺或病历字迹涂改也是产生医疗纠纷的隐患点, 一旦产生医疗纠纷, 急救病历作为唯一有效证据的特点就会丧失, 往往导致医方败诉。

#### 5. 结论

##### 5.1. 必须提高对院前急救病历重要性的认识

院前急救病历是急救医生第一时间接触伤患者时最初步评估和最基础救治过程的真实记录, 是对伤患者发病原因、病情演变以及预后判断最基本的记录, 是指导伤患者进行后续医疗救治的重要依据, 也是一所医院急救能力、医疗质量、伤患管理、团队建设等综合实力的具体体现; 考核急救病历内容的真实性、书写的规范性、记录的完整性和有效性, 对提高医护人员执业的整体水平尤为重要; 在医疗风险方面, 病历是唯一的、真实有效的法律依据, 如果病历书写不规范, 甚至出现明显缺陷, 一旦发生医疗纠纷, 接诊和参与救援的医护以及所在医院将会非常被动, 所以必须高度重视院前急救病历书写质量的重要性[3]。

##### 5.2. 不断加强制度化化管理

严格落实规章制度, 强化质量始末, 增强责任心和风险意识, 使急救人员深刻认识到急救病历的重要性和医疗行为中存在的风险与危机; 奖惩分明, 把每诊次考核、每月考核、年度考核结果与个人、团队的年终考评挂钩。

##### 5.3. 重培训强自身

重视专业理论学习和急救技能的训练, 由于院前急救的工作环境是开放的, 医疗纠纷发生率相对较高, 所以, 院前急救医生应加强专业理论学习和急救操作技能的训练, 建立健全有效的培训机制, 制定培训计划, 配合管理部门定期对急救医生进行考核, 尤其是年轻医生, 更应加强岗前培训[4], 学以致用、改革创新, 强自身以应对诸多的未知状况。

##### 5.4. 加强语言文字功底

院前急救医生要不断学习, 在积累临床经验的同时, 应注意语言能力和文字功底的提高, 这样既有利于医患沟通, 又能避免由此造成的纠纷, 同时也能书写出要素齐全、规范完整、叙述准确、逻辑更加严谨的急救病案, 能将各时间点有效链接, 清楚表述患者的整个抢救过程, 是每一位院前急救医生必须

具备的很重要的能力, 既是对患者负责, 也是对急救医生的保护。

### 参考文献 (References)

- [1] 李惠萍, 肖文, 王军. 对院外急救医师职业中后期发展的若干思考及探索[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2013, 8(12): 1125-1126.
- [2] 杨琳, 李泽华. 病案管理中患者隐私权的保护[J]. 当代医学, 2013, 19(36): 23-25.
- [3] 陈晓松, 吕传柱. 建国以来急救医疗工作的相关政策及重要文件回溯[J]. 解放军医院管理杂志, 2014, 34(12): 1146-1149.
- [4] 黄文娟, 刘励军, 徐波. 基层医务人员初级急救技术的培训流程[J]. 中国急救医学, 2015, 35(7): 670-673.

#### 期刊投稿者将享受如下服务:

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: [acrem@hanspub.org](mailto:acrem@hanspub.org)