

# 393份转科死亡病历护理文书书写存在的问题及对策

谭立新

长沙市第四医院, 湖南 长沙

收稿日期: 2023年1月9日; 录用日期: 2023年2月7日; 发布日期: 2023年2月14日

## 摘要

目的: 本文探讨了393份转科死亡病历护理文书书写方面存在的问题及对策, 发现提高护理文书书写质量非常重要, 特别是转科死亡病历护理文书书写质量。由于涉及两个或两个以上的科室, 容易在书写方面出现一些问题, 如缺记录、相符性较差等。探讨方法: 回顾性调查, 总结分析我院近年来393份转科死亡病历护理文书书写质量, 对存在的问题进行总结分析。结果: 体温单、医嘱单、护理记录单及各专科护理记录单等均存在不同程度的问题, 有潜在的医疗安全隐患。结论: 应加强转科护理文书的环节质量控制检查, 督促相关科室加强管理, 及时检查补充完善, 达到提高护理质量及防范医疗风险的目的。

## 关键词

转科死亡病历, 护理文书, 存在问题, 对策

# Problems and Countermeasures in Writing Nursing Documents of 393 Cases of Final Death in Transferred Department

Lixin Tan

The Fourth Hospital of Changsha, Changsha Hunan

Received: Jan. 9<sup>th</sup>, 2023; accepted: Feb. 7<sup>th</sup>, 2023; published: Feb. 14<sup>th</sup>, 2023

## Abstract

**Objective:** To explore the problems and countermeasures in the writing of nursing documents of 393 death cases in transfer departments, and to find out the importance of improving the writing

quality of nursing documents, especially the quality of nursing documents of death cases in the transfer department. As it involves two or more than two departments, it is easy to have some problems in writing, such as lack of records, poor consistency, etc. **Methods:** A retrospective investigation was conducted to summarize and analyze the quality of nursing documents of 393 death cases in our hospital during the past three years, and the existing problems were summarized and analyzed. **Results:** There were some problems in temperature sheet, doctor's order sheet, nursing record sheet and nursing record sheet, which had potential medical safety problems. **Conclusion:** The quality control of nursing documents should be strengthened, and the related departments should be supervised to strengthen the management, and the timely inspection should be completed to improve the quality of nursing and prevent medical risks.

## Keywords

Transfer Death Medical Records, Nursing Documents, Existing Problems, Countermeasures

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

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



Open Access

## 1. 引言

护理文书是医疗文件的一部分,是护理人员在护理活动过程中所形成的文字、符号、图表等资料的总称。是护士工作行为记录的文字材料,也是各项护理活动及病情观察的客观记录[1]。转科护理文书是患者因病情需要转科时,由转出科室和转入科室护士分别书写的具有连续性的护理文书;死亡病历是每次检查必查的项目,其质量高低反映临床护理质量与护理水平,也反映护士观察问题、分析问题、解决问题的能力;特别是转科护理文书,反应了各临床科室间护理工作的协调能力,护理技术水平和专业素质;同时也反映了医院的整体护理水平[2],因涉及两个或两个以上科室书写,转科死亡病历护理文书书写质量存在一些问题。本文回顾性总结我院 2019 年 1 月至 2022 年 5 月期间的 393 份转科死亡病历护理文书书写存在的问题并进行分析。现报告如下。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 临床资料

选择我院 2019 年 1 月至 2022 年 5 月期间转科最终死亡的病历 393 份。其中转入 ICU 病房最终死亡病历 258 份,转入其他科室最终死亡病历 135 份。男性病例 276 份,年龄 16~97 岁,女性病例 117 份,年龄 22~102 岁。平均年龄 75.12 岁,住院天数 1~86 天,平均住院天数 24.91。

本文就其中护理文书(主要包括体温单、医嘱单、护理记录单、与护理相关记录)书写中存在的护理缺陷予以分析总结。

### 2.2. 检查情况

1) 检查标准参照国家卫生部医政司编写的《病历书写基本规范》(2010 版)及《湖南省医疗机构护理文书书写规范》(2015 年版)管理规定。

2) 检查结果 393 份转科死亡病历护理文书中体温单缺陷 223 处,医嘱单缺陷 151 处,护理记录书写缺陷 598 处。

### 3. 护理文书书写存在的问题

#### 3.1. 护理文书书写缺陷情况见表 1

Table 1. Defects in writing of nursing documents

表 1. 护理文书书写缺陷情况

	存在问题	出现次数	比例(%)	构成比(%)
体温单	漏测体温脉搏呼吸、缺血压、体重	96	43.0	9.88
	入院/手术/转科/死亡时间未记录或记录错误	47	21.0	4.8
	大小便/尿量/出量/入量栏未记录或记录错误	63	28.3	6.5
	过敏药物未记录或记录不全	17	7.6	1.7
医嘱单	医嘱执行时间与护理记录不一致	92	61	9.5
	医嘱执行不规范或缺执行时间及执行人签名	59	39	6.0
护理记录	缺护理措施及效果评价	83	13.9	8.5
	未按规定书写病重、病危记录	37	6.2	3.8
	输血未观察有无输血反应	18	3.0	1.9
	漏生命体征监测	46	7.7	4.7
	护理记录自相矛盾	36	6.0	3.7
	护理记录不真实性与病情不符	23	3.8	2.4
	转科交接班记录缺陷	107	17.9	11.0
	抢救记录书写缺陷	82	13.7	8.5
	体温单与护理记录不一致	78	13.0	8.0
	医护记录不一致	88	14.7	9.0

#### 3.2. 护理文书缺陷分类及解释

##### 3.2.1. 护理记录自相矛盾

① 表格栏意识情况与病情观察栏记录不一致：如：表格栏“清醒”，病情观察栏“嗜睡”；表格栏“嗜睡”，病情观察栏“呼之不应”；表格栏“昏睡”，病情观察栏“昏迷”等。

② 表格栏管道情况与病情观察栏记录不一致：如：管道栏“胃管(-)”，病情观察栏“胃管引流出咖啡色液体”；管道栏“尿管(-)”，病情观察栏“尿管引流出酱油样液体”；管道停止后仍记录管道通畅。

##### 3.2.2. 护理记录不真实性与病情不符

如：房颤患者心率 130 次/分，嘱其适当活动；禁食患者嘱其加强营养，忌饱餐；意识障碍(昏迷、嗜睡、昏睡)患者记录未诉不适，嘱其注意休息，适当活动等。

##### 3.2.3. 转科交接班记录缺陷

① 记录无皮肤情况交班，转科后记录皮肤有发红、破损等；② 无意识、瞳孔情况描述，转科后记录意识、瞳孔有改变；③ 转科去向与实际不符；④ 转科时间与医嘱不一致；⑤ 房颤患者转外科病房后就无心率观察记录，腹部外科患者转内科病房就无腹部情况观察记录；⑥ 无转科记录。

##### 3.2.4. 体温单与护理记录不一致

① 同一时间体温、脉搏、呼吸不一致；② 大便次数、尿量、出量、入量不一致；③ 请假外出或外

出检查治疗仍有三测记录；④ 入院、转科、死亡时间不一致。

### 3.2.5. 医护记录不一致

① 入院时间、死亡时间不一致；② 病情变化时间、病情描述不一致；③ 意识、瞳孔情况不一致；④ 出现呼吸心跳停止时间不一致；⑤ 心电监护、心律情况不一致；⑥ 入院情况不一致；⑦ 过敏药物不一致；⑧ 三测、大小便记录不一致；⑨ 年龄不一致。

### 3.2.6. 抢救记录书写缺陷

① 未记录呼吸心跳停止时间；② 心率“0”，还有血压记录；③ 瞳孔记录错误；如：“瞳孔 3 mm，4 mm 记录瞳孔散大”“瞳孔 2 mm，3 mm 记录瞳孔缩小，甚至记录针尖样”；已临床死亡仍记录瞳孔对光反射(+)；④ 死亡时间错误。

### 3.2.7. 医嘱执行时间与记录不一致

① 与临床输血单上输血时间不一致；与血糖监测表执行时间不一致；② 与护理记录中执行时间不一致。

## 4. 发生缺陷原因

1) 护理人员编制不足，住院患者多，加床现象严重等导致护士工作繁忙、整天忙于应付各种治疗及护理，未按要求巡视病房及观察病情，未能按时记录，事后做回顾性描述，造成记录不客观、真实、及时，甚至缺观察记录。护理人员流动性比较大，新上岗护士多，且大多为独生子女，基本功不扎实，业务水平低，专业技能差，主动学习积极性不够[3]，不熟悉病历书写规范等也是造成病历缺陷多的原因。

2) 部分护士法制观念淡漠，缺乏自我保护意识，对护理记录要求的真实性认识不足，没做到谁执行谁签名及治疗完成后及时签名；是导致医嘱执行后缺签名，执行签名与实际不符的主要原因。

3) 部分护士责任心不强，自身素质不高，未认真履行岗位职责，只为完成本班工作，不求质量；体温单记录不认真，对三测测量不重视，明显表现在呼吸记录上；呼吸次数与病情实际不符，没有认真对患者的呼吸进行测量，导致不论患者病情怎样，三测单上的呼吸次数均为 19~20 次；部分护理人员认为，病人体温、脉搏、呼吸只要在正常范围就可以，具体数值数字相差一点没关系。体温单绘制与护理记录单记录不是同一护士，也是造成体温单与护理记录、医生记录不一致的主要原因。

4) 护理工作缺乏主动性和连贯性，未能体现病情动态变化，遵医嘱使用特殊药物或护理措施实施后无追踪观察和效果记录；本文统计的这种情况高达 83 处。

5) 医护记录不相符，缺乏一致性。护理文书在书写过程中，要求与医疗记录在病情变化时间，主要症状，体征等保持一致，特别是与时间及具体数值有关的记录不能出现不相符的情况。由于部分护士平时不注意护理基础理论及专科理论知识的学习，病情观察能力较差，不了解疾病的临床特点，造成记录时不全面、书写内容过于简单，不能正确地反映病情。加之医护双方沟通不及时，在收集患者资料过程中信息来源出现误差，医护对患者病情判断的不一致，导致医护记录不一致。特别是抢救记录出现护理记录与医生记录不一致情况多。

6) 个别护士工作不严谨、敬业精神和慎独精神欠缺，质量意识不强，未认真观察病情，凭主观臆造，书写护理记录不认真，甚至黏贴复制他人记录；造成记录内容不真实，加之记录后又没有检查，粗心大意，造成数据统计错误，记录内容自相矛盾。

7) 转科患者的护理文书属于跨科病历，更容易出现缺陷，由于转科病历要与病人一起转出科室，因时间来不及大多记录简单，甚至缺转科护理记录；也没有对病历质量进行质控；造成了转科记录缺陷的存在。加之转科患者交接班不仔细，没有进行有效的交流和沟通，科室之间缺乏协调性，造成转科前后

患者情况不一致，特别是意识与皮肤情况不一致情况多。转入科室发现转出科室的病历存在缺陷也没有及时通知相关人员进行补充完善，也是造成转科病历缺陷多的原因。

## 5. 对策

1) 加强护理人员职业道德教育，培养责任感和慎独精神，提高自身素质。对新参加工作护理人员、进修实习人员岗前培训。强调护理工作的宗旨就是全心全意为病人服务，工作中要做到严肃认真，一丝不苟，准确无误，让自己的每个行为对病人负责。

2) 加强护理人员专业知识的培训，专业知识缺乏是影响护理记录质量的关键。护理人员的素质参差不齐，相关知识掌握程度不一，加之各科专业不同，有的护士不能及时预见病情发展。医院、科室每年要有计划地进行各级护理人员专业知识的培训和学习，尤其是加强对常见疾病护理评估、病情观察、治疗、护理措施以及护理体格检查技能的培训，提高护士病情观察能力。

3) 加强法律法规及规章制度的学习，医院应定期组织护士学习《医疗事故处理条例》、《护士条例》、《湖南省医疗机构护理文书书写规范》等相关知识，使护士认识到护理病历的内容、数据的法律内涵，从而明确自己的职业风险和应承担的法律责任[2]。转变护理人员观念，提高法律意识：从法律角度提高认识和自我保护意识，保持严谨的工作态度和高度责任感。变被动为主动，认真及时书写各项记录，从而保证护理文书的质量。

4) 加强护理文书书写的规范化教育，提高护理人员对护理文书书写的重视程度，护理部组织护理人员进行护理文书书写培训，使她们了解护理文书质量要求与质量评价标准。增强护士对护理文书书写规范的理解和认识。

5) 加强医护沟通和团结协作。医护记录应内容相符，关键性语句、数字及时间一致。医护记录不符主要是因为医护双方对病人资料来源的误差及医护沟通不及时造成。在工作中，特别是在抢救患者时，护士要将观察到的病情、生命体征变化等，主动与医生沟通，避免医护记录分离，发现医护记录不一致时，应及时与医生核实并纠正，避免医护记录不一致。

6) 加强转科病历的交接及质控，以转科病历为切入点，提高病历质量。患者因病情需要转科时，转出科室护士护送患者及病历到转入科室，要认真做好病人及护理文书内容交接工作，确保病历资料完整，无遗漏；如果发现缺陷应立即补充完善。加强团队协作精神，转科病历质量需由转出、转入科室共同承担。转出科室交接患者和病历后，要及时完成病历质控，转入科室发现转出科室病历有缺陷应通知转出科室整改。对于一些直接从手术室转科的手术患者，转入科室护士待患者安置妥当后，应主动与转出科室护士联系，共同完成好护理病历书写工作。

7) 加强死亡病历的环节质控和终末质控，重视病历形成过程中的全部过程，建立有效的病历质控机制，从源头上提高病历质量

a) 加强环节质控管理和督查力度，严格质量控制。科室成立护理文书书写质量控制小组，建立环节质控和出院病历质控本。实行护士、责任护士组长、护理文书质控员和护士长四级把关。每位护士要对本班内书写的内容，按照质量标准自查自控；责任组长每天检查本组危重患者护理记录的书写质量，发现问题及时整改；护理文书质控员督查护士质控情况；护士长严格把关，对当日死亡患者和病情危急患者的病历予以重点抽查。总之，对每一份护理病历出科前都要进行审查，重点检查危重病人病历，弥补相关缺陷，减少、避免护理文书缺陷。

b) 护理部每月定期对各科的运行病历和归档病历进行抽查，发现问题以书面的形式及时反馈科室，科室护士长则针对反馈的问题进行检查整改，加强全体护理人员的质量意识。让每一位护士知晓存在的问题并加以改进，共同提高护理书写质量。

c) 质控科每月下科室随机抽查在架病历书写质量, 每月定期参加护理部文书组检查各医疗区在架病历质量。每月检查各科 C、D 型病历, 死亡病历质量; 发现问题及时反馈给相关科室, 进行分析, 提出整改意见并限期整改。不断探索和创新病历质量管理模式, 把追求终末病历质量控制向环节质量控制转变, 特别是转科及危重患者病历的环节质量管理。

8) 加强完善奖惩机制, 开展优秀护理文书评比活动, 对护理文书书写完成质量好的病历进行展览, 供大家学习以达到共同进步的目的。根据护理文书书写质量评价标准评分, 将各科室护理文书书写质量与科室绩效考核挂钩, 按护理质量分值计算。对每月护理文书书写优良率 > 95% 以上的科室进行奖励; 对护理文书书写存在缺陷的科室、护士长和责任人进行惩处; 全院采取末尾黄牌警告方式, 提高护理人员对护理文书书写的重视程度。

## 6. 总结

护理文书书写不仅衡量护理质量, 提供诊疗依据, 也是民事诉讼的证据之一[1]。因此, 加强护理人员职业道德教育和法律法规的学习, 使护士能够从法律的高度认识职业的责任、自己的权力和义务, 认识护理文书书写规范化, 是对护患双方利益的维护。加强专业知识培训及病历书写的规范化教育、加强工作责任心、加强医护间、护护间的密切合作和沟通。使护士在护理工作中及时、准确执行医嘱, 认真细致进行观察病情, 客观、真实书写护理文书, 保持医护记录的一致性。建立健全护理文书书写质控体系、建立有效的病历书写环节和终末质量控制机制, 加强护理文书的质量检查、并进行持续质量改进, 完善奖惩机制, 开展优秀护理文书展评活动; 是提高护理文书书写质量, 特别是提高转科及死亡病历护理文书书写质量的良好对策。

## 参考文献

- [1] 黄翔平. 护理文书环节质控常见问题剖析[J]. 当代护士(下旬刊), 2017(11): 184-185.
- [2] 赵正慧. 转科病历护理文书不一致的原因与对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(7): 85-86.
- [3] 黄翎艳. 归档病历质控中护理常见问题及对策[J]. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(2): 182-184.