

手术室一病房患者交接记录单围术期应用效果分析

杨 莉(重庆市人民医院麻醉科 400014)

【摘要】 目的 分析围术期使用手术室一病房患者交接记录单的临床效果以评估其有效性。**方法** 在患者出入手术室的 3 个时间段(病房—手术室、手术室—麻醉恢复室、麻醉恢复室—病房或手术室—病房)采取由病房责任护士、手术室巡回护士、麻醉恢复室护士 3 方按照手术室一病房患者交接记录单进行逐项核查后交接。**结果** 围术期交接时使用手术室一病房患者交接记录单进行相关信息核查,发现安全隐患 268 例,及时处理后,确保患者安全并顺利完成手术。**结论** 手术室一病房患者交接记录单的应用可有效规范护理行为,预防差错事故的发生,提高护理质量,从而确保患者安全。

【关键词】 手术室护理; 手术安全; 记录单

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)10-1362-02

Analysis on effects of Operating Room to Ward Patient Handover Record Sheet used during perioperative period YANG Li(Department of Anesthesiology, Chongqing Municipal People's Hospital, Chongqing 400014, China)

【Abstract】 Objective To analyze the clinical effect of the Operating Room to Ward Patient Handover Record Sheet used during the perioperative period in order to evaluate its effectiveness. **Methods** During 3 time periods for the patients entering into and exiting from the operation room(ward-operation room, operation room-anesthesia recovery room, anesthesia recovery room-ward or operation room-ward), the handover process was carried out after checking term by term by 3 parts of the duty nurse, operation room circulating nurse and anesthesia recovery room nurse according to the Operating Room to Ward Patient Handover Record Sheet. **Results** Using the Operating Room to Ward Patient Handover Record Sheet in the perioperative handover to conduct the related information checking discovered 268 cases of potential security hazard. After timely handling, the patient's safety was ensured and the operation was successfully completed. **Conclusion** Applying the Operating Room to Ward Patient Handover Record Sheet may effectively standardize the nursing behaviors, prevent the error and accident occurrence, improve the nursing quality, and thereby ensure patient's safety.

【Key words】 operating room nursing; operation safety; record sheet

手术患者的规范交接是保证手术顺利、避免安全隐患的前提^[1]。本院从 2010 年 1 月开始将手术室一病房患者交接记录单应用于手术患者的交接过程中,有效地预防了差错事故的发生,提高了护理质量,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2014 年 1~12 月 4 209 例住院手术患者资料,其中脑外科手术 136 例、胸外科 56 例、骨科 352 例、妇产科 501 例、泌尿科 611 例、普外科 610 例、肝胆外科 577 例、眼科 18 例、肾内科 38 例、耳鼻咽喉头颈外科 1 310 例。每例住院手术患者均使用和填写了手术室一病房患者交接记录单。

1.2 方法 在手术患者从病房到手术室,再从手术室到麻醉恢复室最后返回病房的整个过程中,由病房责任护士、手术室巡回护士、麻醉恢复室护士按照手术室一病房患者交接记录单的内容逐项交接手术患者相关信息,准确、及时填写表格。手术室一病房患者交接记录单分为 4 个部分:患者基本信息、病房—手术室交接记录、手术室—麻醉恢复室交接记录、麻醉恢复室—病房或手术室—病房交接记录。每个环节均由交班者

填写、接班者签字确认。如有分歧和疑问,应沟通并确认无误后再填写。手术室一病房患者交接记录单填写完毕后放入病历保存,安排专人定期检查书写情况,并纳入护理质量考评。对发现的问题及时反馈给当事人并提出切实可行的整改措施,不断提高护理质量。

2 结 果

通过对 4 209 例住院手术患者应用手术室一病房患者交接记录单发现安全隐患 268 例,手术室一病房患者交接记录单填写存在问题 161 例,经妥善处理防止了差错事故的发生,保障了手术患者的安全。具体核查结果及处理措施,见表 1。

表 1 手术室一病房患者交接记录单核查结果

出现的问题	n	处理措施
未更换病员服	28	督促患者更换病员服
病历资料不齐	22	通知医生完善资料
腕带佩戴不规范	41	规范腕带标识
手术部位未标识	33	通知医生标记手术部位
手术带药未准备	21	责任护士备齐药品

续表 1 手术室一病房患者交接记录单核查结果

出现的问题	n	处理措施
管道未标识	30	补贴管道标识
手术区域未备皮	10	手术区域备皮
影像资料未交接	23	清点并交接
未连接镇痛泵	5	连接镇痛泵
术中继发皮肤损伤未检查	20	检查皮肤受损情况
患者基本信息不正确	28	核对并正确填写
病员特殊物品未填写	35	交接并填写
漏项	55	及时检查补充填写
填写错误	43	用蓝笔在错误处划双横线并签名

3 讨 论

手术室一病房患者交接记录单明确了各个环节的交接内容,规范了护士的行为,提高了工作自律性^[2],促使每位交班护士在交班前提前做好相应的准备工作,使整个交接过程变得流畅。改变了以往交接过程中经常出现的由于准备工作不充分导致接班护士不断催促才能完成交接,使护理工作由被动为主动。

手术室一病房患者交接记录单使用时,同时采用表格记录和打钩的方式,减少了护士交接记录的时间^[3];方便护士在交接过程中逐一核对,提醒护士仔细检查患者的各项信息,防止了在交接过程中遗漏项目。它帮助病房责任护士完善手术前的各项准备工作,缩短了手术室巡回护士到病房交接手术患者的等待时间,避免了由于手术前准备不充分而延误手术时间;加快了接台手术的进行,增加了手术间的周转利用率,减轻了护士的工作负荷,提高了工作效率。同时手术室一病房患者交接记录单的使用,增强了护理人员的法律意识和自我保护意识^[4],明确划分参与者的护理工作职责范围,每一个环节的交接均需交接双方人员签字确认,理清了各方应当承担的法律责任;避免了以往因口头交接不清致出现问题后科室之间互相推诿或推卸责任的现象^[5],作为有效的法律文书保存于病历中,一旦发生医疗纠纷,可作为法律依据保障护患双方的合法权益。

手术室一病房患者交接记录单的填写必须客观、真实、准确、及时、完整,符合《病历书写管理规范(试行)》的要求,增加护士的工作责任心^[6],能够帮助护士及时发现存在的问题和安全隐患,防止差错事故的发生,保证每例住院手术患者的接送过程均准确无误地进行,保障护理安全。

手术室一病房患者交接记录单的使用,适应了由功能制护理向责任制整体护理模式的转变,每个交接环节均由 2 名护士共同完成,一切以患者为中心^[7],体现了对手术患者的重视与关怀。加强了与患者的沟通交流,为患者提供人性化的服务^[8],有利于建立了良好和谐的护患关系,实现优质护理服务目标,提高了护理质量。

综上所述,手术室一病房患者交接记录单的使用,改变了以往采用口头交接方式容易造成的护理工作疏漏,便于规范护士的护理行为,保证护理工作的连续性,防止差错事故的发生,提高了护理质量,保障护理安全。

参考文献

- [1] 贺锦花,谢继英.手术病人交接记录单的设计及应用[J].当代护士,2009,21(4):109-110.
- [2] 申殿美,董秀芹,房燕.手术室护理记录的书写体会[J].黔南民族医学学报,2005,18(2):105.
- [3] 徐双燕,王惠琴,唐碧云.手术患者交接标准作业程序的建立[J].中华护理杂志,2012,47(5):422-424.
- [4] 李丽,孔广慧,吴枢亮,等.手术护理记录单临床应用体会[J].总装备部医学学报,2012,14(1):43-44.
- [5] 叶启荣.泌尿科病人手术护理记录单的设计与应用[J].护理管理杂志,2005,5(3):50-51.
- [6] 冉为,李金美.医院手术室护理记录改革的体会[J].中国误诊学杂志,2007,7(10):2353.
- [7] 黄肆斌.护患纠纷产生的原因及对策分析[J].当代医学,2014,20(22):9-11.
- [8] 吴美云.实施人性化服务构建和谐护患关系[J].当代护士(中旬刊),2014(8):186-187.

(收稿日期:2015-11-25 修回日期:2016-01-28)

统计资料类型

统计资料共有三种类型:计量资料、计数资料和等级资料。按变量值性质可将统计资料分为定量资料和定性资料。

定量资料又称计量资料,指通过度量衡的方法,测量每一个观察单位的某项研究指标的量的大小,得到的一系列数据资料,其特点为具有度量衡单位、多为连续性资料、可通过测量得到,如身高、红细胞计数、某一物质在人体内的浓度等有一定单位的资料。

定性资料分为计数资料和等级资料。计数资料为将全体观测单位(受试对象)按某种性质或特征分组,然后分别清点各组观察单位(受试对象)的个数,其特点是没有度量衡单位,多为间断性资料,如某研究根据患者性别将受试对象分为男性组和女性组,男性组有 72 例,女性组有 70 例,即为计数资料。等级资料是介于计量资料和计数资料之间的一种资料,可通过半定量的方法测量,其特点是每一个观察单位(受试对象)没有确切值,各组之间仅有性质上的差别或程度上的不同,如根据某种药物的治疗效果,将患者分为治愈、好转、无效或死亡。