

The logo of Tianjin Huanhu Hospital is a stylized emblem. It features a light blue circular shape with a thick, curved line that forms a partial circle around a central red cross. The cross is composed of two thick, slightly offset bars, giving it a three-dimensional appearance.

天津市环湖医院

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

质量管理简讯

2024 年 6 月

目录

第一部分 天津市环湖医院评审现场检查“问题清单” ...	1
第二部分 医疗质量监测指标	24
第三部分 质量分析	25
一、医疗质量与安全质量分析	25
二、病案质控分析	38
三、护理质量分析	41
四、医院感染数据分析	43
五、出院患者抗菌药物使用情况分析	44
六、输血质量分析	47
第四部分 质量管理小知识	48

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

天津市环湖医院评审现场检查“问题清单”

序号	条款编号	内容要求	现场评审发现问题
1	1.1.3.3 (3)	儿科门、急诊要保证 24 小时应诊，儿科床位不得少于医院开放床位数的 2%。	医院《医疗机构执业许可证》诊疗科目有“儿科”，但未开设独立门急诊。
2	1.3.7.2 (2)	建立基层医疗机构双向转诊信息平台，规范开展与基层医疗机构双向转诊工作。	未与基层医疗机构建立双向转诊信息平台。
3	1.4.10.5 (3)	有应急物资调配的方案和流程。	无应急物资调配方案和流程。
4	2.1.15.2 (3)	有信息平台支持临床路径管理工作。	无信息平台支持临床路径管理工作。
5	2.1.15.2 (5)	三级医院 50% 出院患者按照临床路径管理。	出院患者按照临床路径管理率不

			足 50%。
6	2.1.21.2 (3)	有持续改进措施，患者满意度及员工执业感受稳步提高。	查阅三级公立医院绩效考核结果发现，评审周期内住院患者满意度呈下降趋势，没有做到“稳步提高”。
7	2.2.27.1 (1)	实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师—主治医师—住院医师，三个不同级别的医师可以以各医疗机构实际岗位评聘（授权）情况为准。	病历检查发现，病案首页医师签字不能体现“三级”。
8	2.2.27.2 (2)	住院医师工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次；三级医师中最高级别的医	病历检查发现，中间层级医师查房次数不足。

		师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。	
9	2.2.27.2 (3)	手术患者查房，术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。	术者未按要求在术前或术后 24 小时内查房（无查房记录）。
10	2.2.27.2 (4)	查房意见应在病历中体现，各级医师查房意见应及时以电子或书面形式签字确认。	病历检查发现，主任医师未在查房记录上签字。
11	2.2.28.4 (1)	会诊医师按照时限要求完成会诊工作并规范书写会诊记录。	病历检查发现，会诊结果及处置情况未记入病程。
12	2.2.32.1 (1)	医疗机构及临床科室应当明确疑难病例的范围，应包括但不限于入院后难以明确诊断或诊疗方案难以确定的病例；住院期间不明原因病情恶化或出现严重并发症的病例；疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效的病例；	病历检查发现，非计划再次手术病例未进行疑难病例讨论。

		涉及重大疑难手术或需要再次手术治疗的病例；非计划再次住院或非计划再次手术的病例；出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症的病例；住院期间有医疗纠纷倾向以及其他需要讨论的病例等。	
13	2.2.33.5 (1)	抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字，由多个科室合作共同完成抢救过程的，应由参与会诊医师同时完成会诊单记录或抢救记录并签字。	病历检查发现，抢救记录未体现参与抢救人员或主持抢救人员未在抢救记录上签字。
14	2.2.34.1 (2)	将日间手术、介入诊疗手术、内镜下手术等高危有创操作或手术纳入术前讨论范围。	评审周期内未将日间手术、介入诊疗手术、内镜下手术等高危有创操作或手术纳入术前讨论范围。

15	2.2.34.4 (1)	讨论结论及时记入病历并经术者确认。	病历检查发现,择期手术前未进行术前讨论(病历中无讨论记录)。
16	2.2.35.2 (2)	住院期间经历科室参与讨论。门、急诊死亡患者由最终接诊医师所在科室完成死亡讨论。	病历检查发现,手术科室未参与死亡病例讨论。
17	2.2.35.4 (2)	讨论详细情况专册记录,讨论确定结果记入病历,由主持人审核并签字确认。	病历检查发现,死亡病例讨论主持人未签字。
18	2.2.38.2 (2)	由医疗机构医疗技术临床应用管理组织根据术者专业能力和接受培训情况,对相应医师的该技术临床应用能力进行审核,并定期评估,动态调整授权名单。	未根据术者专业能力和接受培训情况,对手术医师能力进行定期评估,未建立周期性医师手术能力评价机制。
19	2.2.38.5 (1)	建立周期性医师手术能力评价与再授权机制,医院应根据医师的手术技能、手术数量、手术质量与安全指标、开展手术的年限,结合技术	

		职称以及医师定期考核结果对医师手术资质与授权实施动态管理。	
20	2.2.38.5 (2)	对手术医师能力进行定期评估,根据评估结果,在医院信息系统支持下对手术权限进行动态调整,落实到每一位医生。	
21	2.2.41.3 (3)	临床医师接获危急值报告后及时诊察患者、采取相应临床措施、书写病程记录并做好交接班,时间应当精准到分钟。	病历检查发现,危急值分析、处置措施未记入病程。
22	2.2.44.1 (2)	建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程,抗菌药物使用符合《抗菌药物临床应用指导原则》等规范。	病历检查发现,治疗性应用抗菌药物前未留取标本送病原学检查、使用特殊级抗菌药物前未进行会诊、抗菌药物使用 48 至 72 小时未进行效果评价。

23	2.3.49.2 (1)	医疗技术临床应用管理委员会有工作制度、工作计划，每年至少召开二次管理会议，按功能职责审定、论证、检查医院医疗技术临床应用各项工作开展情况并有相关决策。	召开委员会会议频次不符合“每年至少召开两次”要求，医务部门未按要求根据新发布的医疗技术临床应用管理规范，对本院管理制度进行调整；医务科未定期对医疗技术进行日常监管；院级层面未制定医疗技术临床应用规范化培训大纲、培训计划和考核标准。
24	2.3.49.2 (2)	医务部门负责医疗技术临床应用的日常管理工作，定期检查医疗技术临床应用管理各项制度执行情况，并提出改进措施和要求，记录规范可追溯。	
25	2.3.50.3 (4)	医务部门定期督导相关医疗技术临床应用管理规范的执行情况，及时收集新发布医疗技术临床应用管理规范，并调整相关规定。	
26	2.3.57.1 (2)	有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项	

		技术的学习。	
27	2.3.57.2 (2)	管理人员熟知医疗技术临床应用管理相关规定,能运用质量改进工具分析总结并持续改进。	管理人员不能运用质量改进工具分析总结工作开展情况并持续改进。
28	2.3.62.4 (1)	建立学员培训档案,档案资料完整。	限制类技术临床应用规范化培训档案内容不完善,缺少相关人员参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况等信息。
29	2.3.62.4 (2)	档案内容包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。	
30	2.4.64.3 (3)	有信息化的医疗风险监控与预警系统,建立跨部门的协调机制。	无信息化的医疗风险监控与预警系统。
31	2.5.74.1 (4)	推行门诊集中预约检查检验,患者可一站式进	未推行门诊检查检验集中预约工

		行检查检验预约，缩短患者等候时间。	作模式。
32	2.5.75.3 (5)	设立医务社工岗位，负责协助开展医患沟通，提供诊疗、生活、法务、援助等患者支持服务。可设立医务社工部门，配备专职医务社工。	未配备专职医务社工。
33	2.5.77.3 (2)	根据本专业特点制定随访病种范围，包括但不限于限制类医疗技术、首次开展技术等，逐步实现四级手术随访全覆盖。	未根据本专业特点制定随访病种范围，未覆盖限制类医疗技术、首次开展技术等，随访记录内容不详实，未定期对随访内容进行梳理、分析。
34	2.5.77.3 (4)	有随访记录，内容详实。	
35	2.5.77.3 (5)	定期对随访内容进行梳理、分析，改善服务流程，持续改进医疗措施，保障患者安全。	
36	2.5.79.1 (5)	急诊科面积应达医院总建筑面积 3%以上，急诊床位应占全院总床位的 5%-10%。急诊科应当有	急诊科床位数不足。

		足够的应急扩展空间，有相应物资、人员储备。 设立第二急诊室，诊室面积在 50m² 以上，可容纳 5 人以上同时就诊。	
37	2.5.79.1 (6)	急诊包括医疗区、支持区。医疗区包括急诊分诊、诊室、抢救室、留观室、急诊重症监护治疗病房（EICU）和急诊综合病房；医疗区根据病情情况分为红区、黄区和绿区；支持区（影像、检验、药房、挂号、缴费等）与医疗区在同一空间内，实现急诊患者快捷就诊。如无法实现同一区域内完成，在露天通道加盖遮雨设施、安排床旁检查或物流配送。	急诊未设置重症监护治疗病房和急诊综合病房。

38	2.5.79.1 (7)	急诊预检分诊能够进行生命体征监测，并配备相应数量的个人防护用品；急诊诊室须有保护患者隐私或避免就诊干扰的设施；根据患者流量，设置相应数量的抢救、留观、病房床位及≥ 6 张的 EICU 床位，抢救室每张床位净使用面积不少于 12 m^2。	急诊抢救室每张床位净使用面积为 6.84m^2，不符合“不少于 12m^2”要求。
39	2.5.79.2 (3)	传染病应急隔离区域和急诊科普通区域之间应设立缓冲区，3 区之间用符合传染病防治要求的门进行物理相隔，传染病流行时将此门关闭，医务人员由缓冲区进出传染病区域。传染病隔离区域内应有单独的通风系统、排水系统。	传染病隔离区域内无单独的通风系统、排水系统。

40	2.5.81.1 (4)	设置合理的急诊床位与医护人员比例。抢救床与医师之比不少于 2:1。观察床与医师之比不少于 5:1；急诊病房床位与急诊专科医师之比不少于 5:1，EICU 床位与医师之比 1:1。抢救床与护士/士之比不少于 1:3，观察室床位与护士/士比不少于 4: 1。急诊病房床位与急诊专科护士之比不少于 1: 3；EICU 床位与护士/士之比不少于 1:2-3。	急诊科护士数量不足。
41	2.5.81.1 (5)	急诊队伍结构合理，固定医师和护理人员不少于在岗人员的 75%。	急诊科固定医师数量不足。
42	2.5.81.1 (7)	2023 年前，完成急诊医师执业注册工作，实现急诊医师队伍的专业化、规范化。	急诊科医师未完成“急诊医学”执业范围注册变更，目前 16 名急诊科医师为“非急诊医学”专业。

43	2.5.82.2 (1)	医师人数与床位数之比不低于 0.8:1, 护士人数与床位数之比不低于 3:1。	重症医学科医师和护士数量不足。
44	2.5.84.1 (2)	科主任应有副高及以上职称, 麻醉医师人数与手术台比例应不低于 2:1, 每张手术台配备一名麻醉住院医师 (或一名麻醉监护护士) 及一名主治及以上的麻醉医师。	麻醉医师数量不足。
45	2.5.84.2 (3)	开设麻醉门诊, 对手术室外麻醉患者及高风险患者进行术前评估。	未开设麻醉门诊。
46	2.5.84.4 (1)	麻醉复苏室床位与手术台比不低于 1:3, 医护人员配备满足临床需要。	麻醉复苏室床位不足。
47	2.5.86.1 (2)	特殊情况下可由一助完成手术记录, 并由主刀医生审核签名。	病历检查发现, 手术记录无术者签字。

48	2.5.88.1 (6)	开展肠外营养治疗，由营养科医师根据疾病代谢特点和营养状态分析，开具肠外处方并进行疗效监测；由具备资质的专业人员完成中心静脉营养和周围静脉全合一营养液配置，配制过程执行相关的标准、流程、制度和操作规范。 肠外营养配制室总面积不低于 40m²，分区合理，人流、物流和室内环境符合净化配制设施要求；配制区为组合式万级净化环境，操作台达到局部百级净化条件；内部布局划分和基本设备符合配制流程和消毒隔离要求；应用设备齐全。	无肠外营养配制室。
49	2.5.88.1 (10)	营养科完成诊疗科目增项，按照二级诊疗科目进行管理。	未完成诊疗科目增项。

50	2.5.88.1 (11)	营养科科长不得兼职，负责人具备营养或医学专业学历背景及副主任医师以上职称；有医、护、技专业人员队伍；医师满足三级医师结构，医师与床位比不少于 1：150；技师与医师比例为 1：1；护士不少于 3 人；烹调师与床位比不少于 1：25；膳食护士与床位比不少于 1：35。	临床营养科主任不符合“副主任医师以上职称”要求，营养科护士数量不足。
51	2.5.99.1 (1)	有保证日间病房肿瘤化疗实施的必要条件，开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求。	未开展日间化疗工作。
52	2.5.99.1 (2)	有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围，医务人员知晓并落实。	
53	2.5.99.2 (1)	建立日间化疗工作制度与管理流程，严格按照诊疗规范开展诊疗服务。	

54	2.5.99.2 (2)	有安全管理制度及质量保证措施，有患者治疗前的评估和准入管理举措，确保诊疗质量和安全。有各类意外发生应急处置预案并定期开展演练	
55	2.5.99.2 (3)	按照病历书写规范做好各项诊疗记录，患方需签署知情同意书并随病历归档保存。	
56	2.5.99.2 (4)	有日间化疗质量安全控制指标，日间化疗患者纳入慢病管理、建立档案，有定期随访评价。	
57	2.5.99.2 (5)	对日间化疗服务工作有定期自查、总结分析、整改。	
58	2.6.102.2 (3)	病房护士与实际开放床位比不低于 0.6:1；重症监护病房护士与实际开放床位比不低于 3:1；	重症医学科护士数量不足。

		新生儿监护病房护患比为 1.5-1.8:1 。	
59	2.6.107.2 (1)	建立三级护理查房制度，有护理查房计划，明确查房周期。	医院目前为二级管理体系，未设立片区科护士长层级（中间层级），无法落实三级护理查房制度。
60	2.7.110.2 (2)	从事药学各岗位工作的人员资质符合要求。三级综合医院具有药学(临床药学)专业全日制本科及以上学历的人员占比不低于药学专业技术人员的 30% （其他三级医院参照执行），药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的 8% ，建立静脉药物配置中心的按照相关规定要求另行增加药学专业技术人员。	药学专业技术人员数量不足，占本机构卫生专业技术人员比例不足 8% （医院数值为 3.93% ）。

61	2.7.113.1 (5)	抗菌药物管理各项质控指标符合国家及本市相关要求。	I 类切口手术抗菌药物预防使用率不达标。2019—2022 年数值分别为 58.76%、66.76%、67.39%、67.92%，均超过 30%（历史上该指标数值可达标）。
62	2.7.113.2 (2)	执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识、贮存和购买的相关规定。	病房存放麻精药品区域无监控设备。
63	2.8.126.3 (3)	能为互联网医院提供影像医学服务。	不能为互联网医院提供影像医学服务，影像学结果不能通过互联网查询。

64	2.8.129.3 (3)	被委托的检测机构需通过信息化平台、远程会诊等形式，定期与医院病理医师、临床医师开展联合病例讨论，不断提升技术水平，保证病理诊断质量。	被委托的检测机构（金域）未定期与医院病理医师、临床医师开展联合病例讨论。
65	2.8.130.1 (1)	人员配置合理，满足工作需要。科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。	病理科医师及技师数量不足，不满足每百张床配置 1-2 名医师要求。
66	2.8.134.2 (1)	有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有一次院外年度检测报告。	病理科取材室、切片室 2020 年度未进行甲醛、二甲苯浓度检测。
67	2.9.135.1 (4)	开展输血门诊及输血治疗。	未开展输血门诊及输血治疗。
68	2.9.137.1 (2)	开展术中自体血液回收技术，建立相应的管理制度和规范，具备相应的人员和设备条件。	未开展自体血液回收技术。

69	2.9.137.1 (3)	手术科室对本科室自体输血管理情况有自查，对存在问题有改进措施。	
70	2.9.137.1 (4)	职能部门对手术用血管理有检查与监管，自体输血率不断提高。	
71	2.10.139.2 (4)	临床、医技科室对落实医院感染管理制度的实施过程进行自查，并进行定期分析、整改。	临床、医技科室，特别是重点部门、重点部位对医院感染管理制度落实情况及消毒隔离制度与流程的落实情况未进行自查。
72	2.10.142.1 (5)	科室及主管部门对消毒隔离工作制度与流程的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。	
73	2.10.142.3 (3)	临床、医技科室对落实医院感染管理制度的实施过程进行自查，并进行定期分析、整改。	
74	2.10.140.2 (1)	有对感染较高风险的科室（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）感	对手术室进行现场检查发现，按照目前工作流程，手术室人员、清洁器械需穿行污染区后到达清洁区，

		染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施，严格执行。	且未采取有效控制措施，存在院感风险。
75	2.10.140.5 (3)	内镜的清洗、消毒及灭菌符合要求，提供安全的诊疗操作。	内镜的清洗、消毒不符合“可追溯”要求。
76	3.2.159.1 (3)	有继续医学教育管理组织、管理制度及完善的继续医学教育学分管理档案，继续医学教育学分完成率 $\geq 95\%$ 。	评审周期内，继续医学教育学分完成率 2021 年为 93.27%，2022 年 87.56%，未达到“ $\geq 95\%$ ”要求。
77	3.4.170.1 (2)	建设电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院信息系统，医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评达到 4 级及以上。	未参加医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评。
78	3.5.173.1 (1)	设立医疗器械临床使用管理委员会，依法对医疗机构医疗器械临床使用安全管理、技术评估与论证，监测、评价使用情况，提出干预和改	未按要求对医疗机构医疗器械临床使用进行安全管理、技术评估与论证，未监测、评价使用情况并提

		进措施。	出干预和改进措施；医疗器械未按照全国卫生系统医疗器械仪器设备分类代码进行分类管理；未建立医疗器械发生意外情况的应急管理制度。
79	3.5.174.1 (2)	有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立医疗器械管理分类、分户电子账目，实行信息化管理。	
80	3.5.179.3 (1)	医疗器械使用部门有医疗器械日常管理工作和意外应急管理等相关制度，并设专职或兼职人员管理科室医疗器械。	
81	3.6.186.3 (2)	加强危险品监管，重点为易燃、易爆、有毒、有害物品、易制毒、易制爆和放射源等危险品，主管部门定期巡查，督导整改落实情况。	主管部门未定期对危险品底数进行核查登记。
82	3.7.188.2 (3)	每百名卫生技术人员科研成果转化金额逐年提高。	评审周期内无科研成果转化。

83	3.7.188.3 (5)	有国家级重点学科或国家级重点实验室。	无国家级重点学科或国家级重点实验室。
84	3.7.191.2 (4)	承担或参与高等学校教材（教科书）编撰工作，并已出版。	评审周期内无教材出版。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

第二部分 医疗质量监测指标

2024 年 5 月医疗质量监测指标

(数据来源: 绩效考核办公室、网络信息科)

日间手术占择期手术比例(%)		5.83
大型医用设备检查阳性率(%)		85.81
抗菌药物使用强度（DDDs）▲		30.60
出院患者总人次数		4107
出院患者总手术人数		808
出院患者手术占比(%)		19.67
出院微创手术人数		39
出院手术患者微创手术比例(%)		4.83
出院四级手术人数		420
出院手术患者四级手术比例(%)		51.98
择期手术患者并发症发生人次数		8
择期手术总人数(排除妊娠、分娩、围产期、新生儿)		360
手术患者并发症发生率(%)		2.22
Ⅰ类切口手术总感染人数		0
Ⅰ类切口手术总人数		455
Ⅰ类切口手术部位感染率(%)		0.00
脑梗死	收治总例数	1812
	出院患者占用总床日数	12883
	平均住院日	7.11
	总住院费用	21326431.12
	次均费用(元)	11769.55
	死亡人数	15
	病死率(%)	0.83

第三部分 质量分析

一、5 月份医疗质量与安全质量分析

（一）医务科联合护理部进行抢救制度督查，通过信息化筛选 2024 年 4 月住院死亡患者住院号和病案号，进行抢救记录、重症护理记录、抢救医嘱的规范性、准确性督查，结果如下：

病案号	住院号	科室	责任医师	抢救记录问题	抢救护理记录问题
431448	591036	神外二	李爱林	√	√
411154	590550	神内五	洪雁	√	√
429176	587833	ICU	李兆盈	√	√
402726	591365	神外三	马越	√	√
431945	591710	神外一	孙宏声	√	√
431305	590803	ICU	吴盛	抢救人员未记录	√

400382	591886	神内三	陈嫒	开始抢救时间未写	护理记录未记心电图医嘱
432307	592207	神外二	李爱林	√	√
432211	592095	神内五	俞宁	√	√
326745	593313	神外十二	杜春发	√	√
432889	593023	神内四	陈岩	√	√
432991	593166	神内二	秦洁	拒绝抢救告知书时间未签	√
433369	593665	神内一	吴昊	√	√
433001	593179	内科	崔悦	√	√
433874	594382	神内二	朱子龙	√	√
433724	594172	内科	刘纪	√	√
331895	591146	ICU	张弢	√	√
434227	594871	神内一	吴昊	√	死亡后未及时停医嘱
434434	595142	神内五	洪雁	√	√

神内三抢救记录中开始抢救时间未记录的情况，扣除责任医师绩效 200 元。

天津市环湖医院
病 程 记 录

姓名: 赵旭友 性别: 男 年龄: 69岁 病案号: 000302
巴氏征阳性。予翻身拍背吸痰。

2024-04-10 07:51 抢救记录

患者突发心率下降，心电图监护示：HR 42次/分，SpO₂ 78/41mmHg，血压测不出，查体：昏迷，双瞳孔无反应，右颈动脉搏动消失，对光反射（±），腹位居中，右侧鼻导管无反应，肌力查体不配合，四肢肌腱反射消失，右侧巴氏征阳性。立即予肾上腺素1mg及多巴胺20mg静推，氯化钠100ml+多巴胺100mg静滴，联系患者家属，家属拒绝气管插管，要求药物抢救，心电图监护示心率37次/分，SpO₂ 72/32mmHg，再次予肾上腺素1mg静推，07:27患者血压测不出，予多巴胺20mg静推，07:32患者心率40次/分，予肾上腺素1mg静推，07:51患者心电图呈直线，宣布死亡。

参与抢救人员：陈继副主任医师、魏浩医师、孙磊护士、程飞飞护士。

神内二拒绝抢救告知书中，签字时间未写，扣除责任医师绩效 200 元。

天津市环湖医院
拒绝或放弃医学检查治疗告知书

病人姓名: 王静云 性别: 女 年龄: 80岁 病案号: 43291

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据患者目前的病情，医生认为患者病情发展应该接受相应的气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗，但是患者现在拒绝或放弃我院人员的建议。

特此告知可能出现后果如下：
患者病情危重，随时可能呼吸、心跳停止，危及生命，家属知情。

患者\患者家属或患者的法定监护人\授权委托人意见：
我已年满18周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我家属的气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等服务，医护人员已经向我解释了接受医疗措施对我的病情治疗的重要性及必要性，并已拒绝或放弃气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗的风险及后果向我做了详细的告知，我自愿拒绝或放弃气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗，我自愿承担拒绝或放弃气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗所带来的风险和不良后果，这与医院及医护人员无关。

医护人员陈述：
我已经将患者继续接受气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗的重要性及必要性以及拒绝或放弃气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗的风险及后果向患者\患者家属或患者的法定监护人\授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或放弃气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等检查/治疗的相关问题。

拒绝/放弃内容 患者姓名: 王静云 医生姓名: 魏浩
签字时间: 签字时间:

气管插管、呼吸机辅助呼吸等抢救、复查头颅CT、去骨瓣减压术等



ICU 存在抢救记录中，抢救人员未记录的情况，该患者家属拒绝有创操作抢救，与责任医师明确需此种情况仍需写明下达医嘱的医师和护士。

天津市环湖医院
病程记录

姓名：王文俊 性别：男 年龄：63岁 病案号：431305
住院号：00000003

依医嘱抗生治疗；监测患者心电图变化。监测患者心肌酶情况。监测患者出入量情况。监测患者肝酶变化。监测患者肾功能变化。监测患者尿量情况。监测患者水电解质变化。患者目前高渗治疗中。监测患者血钠变化。患者应激性溃疡，予以酸保护胃黏膜治疗。注意患者营养情况。患者病情危重，随时有死亡可能，告知家属相关情况，家属知情。

2024-04-07 11:27 抢救记录

患者休克，予以升压药物维持，血压维持不稳，于11:15出现心律不齐。血压测不出，告知家属相关情况，家属拒绝有创抢救治疗，予以肾上腺素强心复律治疗，后患者心律血压未恢复，于11:27心电示波直线，临床宣布死亡。

/LCKA

神内三：医嘱有心电图，护理记录中未说明，扣除护士长绩效 100 元。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

天津市环境医院																		
危重患者护理记录																		
姓名: 赵旭英		性别: 男	年龄: 69岁	科室: 神经外科三病区	病室号: 309(309)	床位: 16A4	病案号: 400392											
日期/时间	呼吸 次数 /分	脉搏 次数 /分	血压 mmHg	血氧 饱和度 %	意识	瞳孔		C P P		管饲 品种 量 ml	治疗	出入 量 ml	大便 次数 性状	小便 次数 性状	其他治疗	病情记录	签名	
						大小	反应	1	2									3
						左	右	左	右									
9/4-10:07:00																	步态不稳, 颈部活动受限, 右侧肢体疼痛	
9/4-10:07:15	40	90	215												大便	100	胆碱能中毒, 血氧低, 通氧纠正。	陈燕
9/4-10:07:30			180														胆碱能中毒纠正, 血氧纠正, 通氧纠正。	陈燕
9/4-10:07:17	30	0	40/70														昏迷, 由于呼吸衰竭导致 PaO ₂ 低。	陈燕
9/4-10:07:18																	昏迷, 由于呼吸衰竭导致 PaO ₂ 低, 通氧纠正。	陈燕
9/4-10:07:19																	昏迷纠正。	陈燕
9/4-10:07:24	38	0	92/64														通氧纠正, 由于胸椎骨折。	陈燕
9/4-10:07:25	38	0	0/0														昏迷纠正。	陈燕
9/4-10:07:27	0	0	0/0														昏迷纠正。	陈燕
9/4-10:07:30	0	0	0/0														昏迷纠正, 呼吸纠正, 通氧纠正。	陈燕
9/4-10:07:31																	昏迷纠正。	陈燕
9/4-10:07:32	22	0	62/30														昏迷纠正, 通氧纠正, 通氧纠正。	陈燕
9/4-10:07:40	0	0	0/0														昏迷纠正。	陈燕
9/4-10:07:51																	昏迷纠正, 昏迷纠正。	陈燕

神内一：患者死亡时间 12:31，病危医嘱停止时间 13:40，扣除护士长绩效 100 元。

[illegible]

姓名		性别		年龄		职业		住址		电话		备注	
姓名	性别	年龄	职业	住址	电话	姓名	性别	年龄	职业	住址	电话	姓名	性别
王德胜	男	45	教师	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	李小明	男	32	工程师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	张小红	女
刘小华	男	28	学生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	陈大伟	男	40	医生	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	赵国强	男
孙丽娟	女	35	护士	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	周志远	男	50	教授	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	吴永强	男
李国强	男	42	经理	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	冯志强	男
张小红	女	30	会计	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	王德胜	男	45	教师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	刘小华	男
陈大伟	男	40	医生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	孙丽娟	女	35	护士	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	李国强	男
周志远	男	50	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	张小红	女	30	会计	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	陈大伟	男
吴永强	男	48	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	周志远	男
冯志强	男	45	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	王德胜	男	45	教师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	孙丽娟	女
刘小华	男	28	学生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	陈大伟	男	40	医生	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	张小红	女
孙丽娟	女	35	护士	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	周志远	男	50	教授	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	李国强	男
李国强	男	42	经理	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	陈大伟	男
张小红	女	30	会计	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	王德胜	男	45	教师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	周志远	男
陈大伟	男	40	医生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	孙丽娟	女	35	护士	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	李国强	男
周志远	男	50	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	张小红	女	30	会计	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	陈大伟	男
吴永强	男	48	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	周志远	男
冯志强	男	45	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	王德胜	男	45	教师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	孙丽娟	女
刘小华	男	28	学生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	陈大伟	男	40	医生	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	张小红	女
孙丽娟	女	35	护士	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	周志远	男	50	教授	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	李国强	男
李国强	男	42	经理	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	陈大伟	男
张小红	女	30	会计	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	王德胜	男	45	教师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	周志远	男
陈大伟	男	40	医生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	孙丽娟	女	35	护士	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	李国强	男
周志远	男	50	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	张小红	女	30	会计	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	陈大伟	男
吴永强	男	48	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	周志远	男
冯志强	男	45	教授	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	王德胜	男	45	教师	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	孙丽娟	女
刘小华	男	28	学生	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	陈大伟	男	40	医生	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	张小红	女
孙丽娟	女	35	护士	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	周志远	男	50	教授	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	李国强	男
李国强	男	42	经理	北京市海淀区中关村大街10号	62511111	郑晓燕	女	25	职员	北京市朝阳区东三环中路100号	65432109	陈大伟	男
张小红	女	30	会计										

医务科进行手术安全核查制度督查,根据出院时间随机调查近期出院患者手术风险评估单与手术安全核查表,结果如下:

科室	安全评估表/安全核查单完整	填写齐全无空项	签字齐全
神外一	√	√	√
神外二	√	√	麻醉医师未签字
神外三	√	√	√
神外四	手术安全评估表缺失	√	√
神外五	手术安全评估表缺失	√	√
神外七	√	√	麻醉医师未签字
神外八	√	√	√
神外九	√	√	√
神外十	√	√	√
神外十二	√	√	√
神外十三	√	√	√
眼耳鼻喉	√	√	√

经统计,主要问题为:

- 1、神外四、神外五科室手术风险评估单缺失,扣除科主任绩效 200 元;

2、神外二、神外七手术安全核查单麻醉医师未签字，扣除科主任绩效 100 元，扣除麻醉科主任绩效 100 元。

医务科、护理部联合开展危急值管理制度督查，具体结果如下：

科室	危急值确认及时	危急值处理规范	病程记录详细	护理记录详细
神经内科一病区	存在不及时现象	√	√	√
神经内科二病区	√	√	√	√
神经外科一病区	√	√	病程无相应记录	√
神经外科二病区	存在不及时现象	√	√	√
神经内科五病区	√	√	√	√
内科	存在不及时现象	√	√	护理记录无相应内容
神经外科七病区	存在不及时现象	未记录处理意见	病程无相应记录	√
神经外科八病区	存在不及时现象	√	病程无相应记录	护理记录无相应内容
神经外科四病区	存在不及时现象	√	√	√

神经内科三病区	√	√	√	护理记录无相应内容
神经外科六病区	√	√	病程无相应记录	√
神经内科八病区	√	√	√	护理记录无相应内容
神经内科七病区	存在不及时现象	未记录处理意见	√	护理记录无相应内容
神经外科十病区	存在不及时现象	√	√	√
中医科病区	存在不及时现象	√	√	√
神经外科三病区	存在不及时现象	√	√	√
神经内科九病区	√	√	√	√
神经外科十一病区	存在不及时现象	√	√	√
头颈(神经)肿瘤中心一病区	存在不及时现象	√	√	√
头颈(神经)肿瘤中心二病区	存在不及时现象	√	√	√

经督查，目前各科室仍存在危急值确认不及时的情况，且部分科室存在危急值处理意见不规范，病程记录不详细和护理记录不详细的情况：

其中，问题较多的科室为：

- 1、神外七（危急值处理不及时，且病程无相应记录），扣除科主任绩效 100 元。
- 2、神外八（危急值处理不及时，护理记录不完善），扣除科主任、护士长绩效各 100 元。
- 3、神内七（危急值处理不及时，未记录处理意见，护理记录不完善），扣除科主任、护士长绩效各 100 元。

（二）医务科根据三级医院评审相关要求，进行疑难病例讨论记录书写情况督查，发现问题汇总如下：

科室	讨论内容详细完整	讨论医师充足	签字齐全
神内一	讨论内容过于简略	√	√
神内二	√	√	签字不全
神内三	√	√	√
神内四	√	√	√
神内五	√	√	√
神内六	√	√	√
神内七	√	√	签字不全
神内八	√	√	√

神内九	√	√	签字不全
内科	√	√	√
中医科	√	√	√
肿瘤一	√	√	签字不全
肿瘤二	√	√	√
神外十三	内容欠完整	√	签字不全
神外十一	√	√	√

督查过程中发现 A 座大多数科室讨论内容基本齐全，部分存在签字不全的情况，但各科室疑难病例目录存在我院常见病或诊断明确疾病过多的问题，如“大面积脑梗死”，指导科室进行目录制定和调整，保障有疑难病例目录中疾病诊断的病例有疑难病例讨论。

本次检查中，各科室均在全力完善科室疑难病例讨论制度相关材料，态度积极、认真完善，不做相应绩效扣罚。

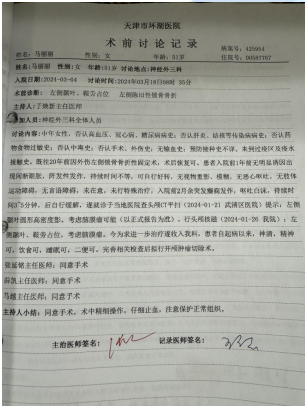
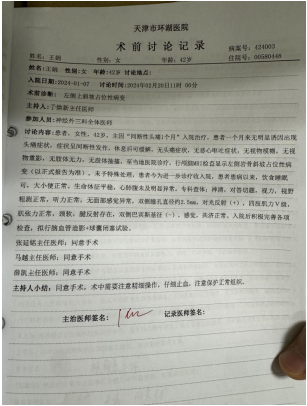
同时医务科、质控办对医院部分科室（神内一、神内二、神内三、神内四、神内五、神内九）进行了三级医院评审督导，指导科室完善相关材料，对常见问题进行了复习强调，本周将对 B 部分科室进行现场督导，帮助临床科室迅速进入迎检状态。

(三) 医务科根据各科室提交的需多学科讨论的四级手术目录，通过信息化手段，筛选近一个月的手术，进行术前讨论格式及内涵的督查：发现问题汇总如下：

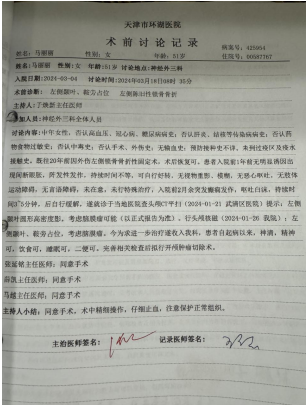
病案号	责任医师	是否有术前讨论	术前讨论内容详细完整	术前讨论医师充足	签字齐全
390475	冯珂珂	√	√	√	√
394300	李海涛	√	√	√	√
419585	吴向宸	√	√	√	√
424003	于焕新	√	讨论意见仅“同意手术”	√	少签字
425954	于焕新	√	讨论意见仅“同意手术”	√	√
428937	吴静超	√	√	√	√
429176	马越	√	√	√	√
429840	李冰	√	√	√	√
429957	汤锋武	√	√	√	√
430138	吴静超	√	√	√	√
430319	李冰	√	√	√	√
430538	冯珂珂	√	√	√	√
430709	马琳	√	√	讨论医师仅 2 人	√
430962	贾强	√	√	√	√
431120	洪健	√	√	√	√
431376	李庆国	√	讨论意见仅“同意手术”	√	√
431579	王虎	√	√	√	√
431653	王虎	√	√	√	√
432114	吴向宸	√	√	√	√
432236	李庆国	√	√	√	√

432412	李海涛	✓	✓	✓	✓
432880	王红光	✓	✓	✓	✓

神外三讨论意见仅为“同意手术”，且存在漏签字的问题，扣除责任医师绩效 500 元（于焕新）

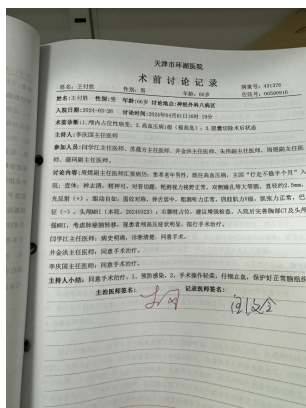


神外四讨论人员仅 2 人发表意见，且其中 1 人为汇报医师，扣除责任医师绩效 200 元（马琳）



天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

神外八讨论意见仅为“同意手术”，扣除责任医师绩效 200 元（李庆国）



同时医务科协同护理部进行调查，科室术前讨论护理参与情况如下：

目前外科系统各科室中，神经外科九病区和神经外科十一病区的部分四级手术术前讨论已经将护理专业纳入，护理部下一步将根据相关要求推进护理专业深入参加术前讨论，提升患者围手术期的临床护理，保障医疗质量与安全。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

（数据来源：医务科）

二、病案质控分析

5 月病历质控情况

病区	组别	终末质控份数	终末扣罚份数	终末平均分数
神外一	杨帆	11	0	93.64
	张昕	12	0	93.79
	陈东	6	0	93.58
	曹德晨	2	0	94.00
	王红光	15	0	93.67
	路剑	5	0	93.70
神外二	张国斌	14	0	93.29
	陈悦达	7	0	93.71
	李爱林	3	0	92.83
神外三	张延铭	8	0	91.88
	马越	10	0	94.65
	薛凯	11	0	94.14
神外四	任贺成	15	0	92.60
	马琳	15	0	92.40
	李冰	9	1	91.50
神外五	王虎	9	0	91.56
	尚彦国	15	1	91.97
	施铭岗	10	0	92.30
神外六	王世波	15	0	93.50
	贾强	15	0	93.27
	李旭东	15	1	93.23
神外七	陈步东	11	0	92.68
	洪健	15	0	93.43
	卓杰	15	0	92.40

神外八	李庆国	14	1	91.21
	蒲珂	15	1	91.23
神外九	王宏	12	0	92.67
	冯珂珂	11	0	92.09
	尹绍雅	15	1	91.93
神外十	池京阳	10	0	92.85
	刘清军	15	0	93.17
神外十一	陆达	10	0	93.75
	潘思虎	12	0	93.25
	魏铭	6	0	93.75
神外十二	杜春发	15	0	93.83
	汤锋武	12	0	93.5
	翟鹏飞	12	1	93
神外十三	梁思泉	15	0	93.3
肿瘤中心一	孙立伟	15	0	94.4
	丛征	14	0	94.79
	王国开	15	0	94.9
肿瘤中心二	郭阳	15	0	94.7
	宋彬	15	0	94.57
	王亚红	15	0	94.17
眼耳鼻咽喉	杭伟	15	0	94.8
	翟翔	15	0	94.1
	印志娴	15	0	94.47
外科	韩艳庆	6	0	94.83
	王斌	15	0	93.67
	戴海龙	4	0	94.5
外科合计		596	7	93.34
神内一	陆卉	16	0	94.63
	王盼	17	0	94.50
	吴昊	16	0	94.72

神内二	李玉旺	15	0	94.43
	秦洁	15	0	94.40
	朱子龙	15	0	94.33
神内三	张淼	15	0	94.73
	李攀	15	0	94.80
	王艳	15	0	94.73
神内四	陈岩	15	0	94.40
	张辰昊	15	0	94.63
	李霞	15	0	94.50
神内五	洪雁	16	0	94.56
	俞宁	17	1	93.97
神内六	李清云	15	0	94.77
	邹永明	15	0	94.83
神内七	张雅静	15	0	94.53
	相蕾	16	0	94.16
	杨云	15	0	94.40
内科	崔悦	17	0	94.65
	高晓刚	16	0	94.66
神内八	王巍	15	0	94.70
	陈荣杰	15	0	94.67
神内九	于长申	15	0	94.60
	刘培培	16	0	94.72
	侯东哲	15	0	94.47
重症	吴盛	15	0	93.83
中医	郑娜	15	0	94.80
	田珍	15	0	94.83
内科合计		447	1	94.55
全院各项总和		1043	8	

(数据来源: 病案管理科)

三、护理质量分析（5 月份）

为加强医院药品规范管理及用药安全，医务科、护理部、药剂科对全院重点部门进行联合督导。

（一）督导时间：5 月 31 日

（二）督导范围：全院 28 病区、门诊、急诊、麻醉科、影像（CT、核磁、电生理）、伽马刀、体检中心

（三）督导重点：

1. 高警示药品、麻精药品管理
2. 抢救车及抢救药品管理
3. 各类药品储备及交接登记



（四）督导结果

病区	存在问题
麻醉科	麻醉复苏室抢救车管理不规范，药品混放 开启后一次性用物未及时处理
门诊综合治疗室	抢救车平面图基数与实际不符
门诊一诊区	近效期药品未贴警示标识

伽马刀	抢救车管理不规范，药品无基数，封存管理不规范
CT	备用液体多，无清点记录
核磁	高警示药品无标识
神内 2	药品交接登记欠规范
神内 7	备用药品管理欠规范（基数、种类与实际不符）
神内 9	备用药品种类过多
神外 7	备用口服药与基数不符
神外 11	备用液体过多（整箱存放）

（五）整改措施

1. 根据医疗机构高警示药品风险管理规范的要求，医务科、护理部会同药剂科重新梳理并修订《高警示药品管理制度》，对药品种类、标识、补充流程等内容进行细化要求。

2. 加强各类药品管理及用药安全，落实科室一级质控要求，职能科室定期督导，并对存在问题进行持续追踪评价，形成闭环管理。

3. 对本次药品专项督导检查存在问题科室（神经内科二病区、七病区、九病区，神经外科七病区、十一病区、十三病区）扣罚科室护士长绩效 200 元。

（数据来源：护理部）

四、医院感染数据分析

2024 年 5 月院内感染表

科室	医院感染人数	感染部位（例数）									医院感染率 %	漏报率 %	送检率 %
		上呼吸道	下呼吸道	手术切口	泌尿	血液	胃肠道	细菌性脑膜炎	器官腔隙	皮肤软组织			
神经内科一病区	4		3		1						1.61		100
神经内科二病区	4		3			1					1.89		100
神经内科三病区	2		2								0.97		100
神经内科四病区													
神经内科五病区	2		2								1.02		100
神经内科六病区	1		1								0.52		100
神经内科七病区	1		1								0.46		100
神经内科八病区	3		3								1.34		100
神经内科九病区	5		5								2.27		100
内科病区	2		1			1					0.94		100
重症医学科													
神经外科一病区	1				1						0.86		100
神经外科二病区	2				1	1					2.56		100
神经外科三病区	2		1					1			3.13		100
神经外科四病区	1		1								0.80		100
神经外科五病区	4		3						1		5.33		100
神经外科六病区	1				1						0.54		100
神经外科七病区	3				1				2		3.80		100
神经外科八病区	4				2				2		4.35		100
神经外科九病区	1								1		1.33		100
神经外科十病区	3								3		2.80		100
神经外科十一病区	2		2								1.42		100
神经外科十二病区	4				4						6.45		100
神经外科十三病区													
外科病区													
中医科病区	2		2								2.08		100
耳鼻咽喉头颈外科病区													
头颈肿瘤中心一病区													
头颈肿瘤中心二病区	1				1						0.73		100
合计	55	0	30	0	12	3	0	1	9	0	1.34	0	100

（数据来源：感染管理科）

五、出院患者抗菌药物使用情况分析

出版日期 2024 年 05 月

全院抗菌药物使用情况通报

2024 年 04 月各病区出院患者抗菌药物使用率及使用强度

内容提要:

➤ 全院抗菌药物使用情况通报

✓ 各病区出院患者抗菌药物使用率及使用强度

✓ 全院抗菌药物使用金额前十位

✓ 全院抗菌药物 DDDs 前十位

✓ 各病区手术患者预防使用抗菌药物情况

✓ 各病区抗菌药物 DDDs 前三位列表

➤ 全院药学监护情况反馈

04 月住院患者抗菌药物使用率为 19.79%，符合卫健委要求住院患者抗菌药物使用比率低于 60 % 的规定。计算神经内科、神经外科住院患者抗菌药物使用率：11.85%、31.44%。其中使用率位列前 3 位的病区为：B11 神外三病区、B7 神外七病区、B9 神外九病区。请神经外科关注围术期预防用药比例。

04 月平均住院患者抗菌药物使用强度为 39.42，符合卫健委要求使用强度低于 40 的规定。分别计算神经内、外科住院患者抗菌药物使用强度：17.84、54.64。抗菌药物使用强度位列前 4 位的病区为：重症医学科、B11 神外三病区、B9 神外九病区、B7 神外七病区。抗菌药物使用强度值越大说明 1.抗菌药物使用比例高；2.抗菌药物使用剂量大、疗程长；3.联合用药多。

神外病区	使用率%	使用强度	神外病区	使用率%	使用强度
B1 神外一	17.67%	47.53	B9 神外九	69.47%	79.10
B2 神外二	51.52%	73.20	B12 神外十	39.13%	56.90
B3 神外四	32.88%	41.36	B11 神外三	71.95%	86.87
B5 神外五	17.06%	63.79	A1 神外十一	27.70%	44.11
B6 神外六	7.53%	12.74	神外十二	67.11%	66.76
B7 神外七	70.41%	76.49	神外十三	17.05%	18.42
B8 神外八	23.93%	29.21	神外平均	31.44%	54.64

神内病区	使用率%	使用强度
A12 神内一	13.95%	30.38
A3 神内二	6.13%	9.61
A2 神内三	12.16%	14.39
A4 神内四	3.48%	2.66
A6 神内五	26.19%	34.84
A15 神内六	4.31%	10.39
A11 神内七	18.81%	24.05
A14 神内八	4.41%	2.47
A13 神内九	16.37%	28.91
神内平均	11.85%	17.84

其他病区	使用率%	使用强度
肿瘤一	3.27%	6.06
肿瘤二	3.05%	6.36
B4 眼耳鼻喉	17.68%	64.92
ICU 重症	55.96%	253.93
B10 外科	14.13%	32.38
A8 内科	12.46%	37.62
A9 中医	21.37%	45.30
—	—	—
全院病区平均	19.79%	39.42



2024 年 04 月全院抗菌药物 DDDs 前十位



环湖医院临床药学办公室 地址：A座一楼（东）
电话：59065816

2024 年 4 月各病区手术患者预防使用抗菌药物情况汇总

病区	I 类切口手术			II 类切口手术			III 类切口手术			IV 类切口手术	预防使用不合理汇总		不合理情况分析		
	例数	预防使用例数	使用率 (%)	例数	预防使用例数	使用率 (%)	例数	预防使用例数	使用率 (%)	例数	例数	不合理率 (%)	品种不合理例数	时机不合理例数	疗程不合理例数
神外一 (B1)	16	8	50.00%	1	0	0.00%	0	0	0.00%	0	8	100.00%	8	0	3
神外二 (B2)	15	7	46.67%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	6	85.71%	6	0	2
神外四 (B3)	14	11	78.57%	2	2	100.00%	0	0	0.00%	0	13	100.00%	13	0	0
神外五 (B5)	18	16	88.89%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	16	100.00%	16	1	0
神外六 (B6)	11	4	36.36%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	3	75.00%	3	0	0
神外七 (B7)	34	26	76.47%	2	1	50.00%	0	0	0.00%	0	27	100.00%	26	0	4
神外八 (B8)	13	7	53.85%	1	1	100.00%	0	0	0.00%	0	5	62.50%	5	1	1
神外九 (B9)	39	37	94.87%	4	4	100.00%	0	0	0.00%	0	39	95.12%	39	0	10
神外十 (B12)	21	17	80.95%	5	5	100.00%	0	0	0.00%	0	18	81.82%	0	1	18
神外三 (内脑开颅)	11	7	63.64%	14	12	85.71%	0	0	0.00%	0	18	94.74%	18	0	11
神外十一 (融合)	18	1	5.56%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0
神外 12 (管柱)	21	21	100.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	20	95.24%	20	0	3
神外 13 (微创神经)	11	10	90.91%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	10	100.00%	10	1	4
B10 外科	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0
ICU	3	1	33.33%	1	0	0.00%	1	0	0.00%	0	1	100.00%	1	0	0
耳鼻喉 (B4)	0	0	0.00%	17	4	23.53%	35	30	85.71%	0	4	11.76%	4	0	0
合计	245	173	70.61%	47	29	61.70%	36	30	83.33%	0	188	81.03%	169	4	56
汇总	手术总例数: 328 例 预防用药使用例数: 232 例 预防用药总使用率: 70.73%														

(数据来源: 药学简报)

六、输血质量分析

2024 年 5 月科室用血情况

申请科室	悬 浮 红 细 胞 (毫 升 数)	悬 浮 少 白 红 细 胞 (毫 升 数)	新 鲜 冰 冻 血 浆 (毫 升 数)	单 采 新 鲜 冰 冻 血 浆 (毫 升 数)	冰 冻 血 浆 (毫 升 数)	去 白 细 胞 单 采 血 小 板 (毫 升 数)
头颈(神经)肿瘤中心一病区	1900					2.0
头颈(神经)肿瘤中心二病区						2.0
神经外科十三病区	400		480			
神经外科十一病区	400		360			
神经外科一病区	3100		5130	1,080.0	1470	4.0
急诊神经内科	1400		880	1,080.0	450	
急诊神经外科	15000		6840	2,040.0	6150	
神经外科二病区	7900	400.0	3450	960.0	7180	
内科	1600					
神经外科七病区	3000		1720	480.0	1080	2.0
神经外科八病区	7400		2640	1,080.0	4540	
神经外科九病区	400	400.0	200		650	
神经外科四病区	400			360.0		
神经外科五病区	3900	800.0	6890	1,200.0	8380	
神经外科六病区	2400		1620		380	
神经内科八病区	800					
神经内科六病区	400					
神经外科十病区	400		180	120.0	1290	
神经外科三病区	2300		400		1520	
神经外科十二病区	1200		740		360	1.0
中医科病区	800					
重症医学科	3600	400.0		480.0	400	4.0
合计:	58700	2,000.0	31530	8,880.0	33850	15.0

(数据来源: 检验科、医务科)

第四部分 质量管理小知识

疾病诊断相关组

疾病诊断相关组（Diagnosis Related Groups, DRG）是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具。DRG 实质上是一种病例组合分类方案，即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系。

疾病诊断相关组-预付费（DRG-PPS）是对各疾病诊断相关组制定支付标准，预付医疗费用的付费方式。在 DRG 付费方式下，依诊断的不同、治疗手段的不同和病人特征的不同，每个病例会对应进入不同的诊断相关组。在此基础上，保险机构不再是按照病人在院的实际费用（即按服务项目）支付给医疗机构，而是按照病例所进入的诊断相关组的付费标准进行支付。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital