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 5 月

目录

第一部分 市卫生健康委关于印发2024年天津市医疗安全改进目标实施策略书（第一批）的通知 1
第二部分 医疗质量监测指标 17
第三部分 质量分析 27
一、医疗质量与安全质量分析 18
二、病案质控分析 29
三、护理质量分析 32
四、医院感染数据分析 34
五、出院患者抗菌药物使用情况分析 36
六、输血质量分析 39
第四部分 质量管理小知识 40

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

市卫生健康委关于印发2024年天津市医疗安全改进目标实施策略书（第一批）的通知

各区卫生健康委，委直属有关单位，医学院校附属医院，中央驻津医院，部分部队、企事业单位医院，各市级医疗质量控制中心：

为持续改进我市医疗服务质量，确保医疗安全，按照《国家卫生健康委办公厅关于印发2024年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医政函〔2024〕40号）和《市卫生健康委关于印发2024年国家医疗质量安全改进目标专项行动工作方案的通知》（津卫医政〔2024〕60号）的要求，我委组织有关市级医疗质量质控中心制定了提高关键诊疗行为相关记录完整率等 6 项第一批质量安全改进目标实施策略书，现印发给你们，请参照执行。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

附件：1.提高关键诊疗行为相关记录完整率实施策略书

2.提高医疗质量安全不良事件报告率实施策略书

3.提高四级手术术前多学科讨论完成率实施策略书

4.降低非计划重返手术室再手术率实施策略书

5.降低住院患者围手术期死亡率实施策略书

6.降低血管内导管相关血流感染发生率实施策略书

2024 年 4 月 24 日

（联系人：市卫生健康委医政医管处

联系电话：63081088、63081081）

（此件依申请公开）

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

附件 4

降低非计划重返手术室再手术率
实施策略书

一、基本情况

（一）2024 年度医疗质量安全改进目标名称

降低非计划重返手术室再手术率，发生率低于 1.8‰

（二）牵头质控中心：天津市医院管理质量控制中心

（三）参与质控中心：天津市普通外科质量控制中心

天津市麻醉质量控制中心

天津市病案质量控制中心

二、策略书

（一）目标简述

非计划重返手术室再手术率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。其发生可能涉及术前评估与准备不足、手术设计缺陷、手术操作失误或患者情况复杂及术后管理不到位等多种原因。非计划重返手术室再手术率指患者在同一次住院期间，由于手术技术、麻醉水平或感染控制等医源性问题，造成手术并发症或其它不良结果以及患者病情发展而重返手术室再次手术。

本指标重点关注住院患者进行开放手术、介入治疗（心血管介入、外周血管介入、神经血管介入、综合介入）后出现的非计划再手术情况。

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

1.计算公式

（1）非计划再次手术发生率=∑非计划再次手术例数/∑整体手术例数×100%。

（2）术后 48h 非计划再次手术发生率=∑术后 48h 非计划再次手术例数/∑整体手术例数×100%。

2.指标说明

（1）该指标对患者同一次住院进行非计划再次手术和术后 48h 内非计划再次手术发生情况分别进行统计分析。

（2）分母按照《国家三级公立医院绩效考核操作手册（2024 版）》统计手术和介入治疗。

（3）手术和介入治疗统计按照《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》的目录实施。

（二）目标实施策略

1.医院成立由医政部门牵头，联合质控、病案、信息、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成专项工作小组。在保障手术分级管理、医师授权管理、术前讨论制度、手术安全核查制度等手术相关管理制度落实的前提下，完善非计划再手术数据的上报流程和监管机制。

Hainan Huamu Hospital

2.非计划再次手术发生率实行零上报制度，医疗机构明确数据调取口径，对信息化调取的数据进行内部验证，医政部门每月汇总本院数据进行上报，按季度由工作组以例会形式对本院上报数据进行分析反馈。

3.将非计划再次手术纳入医疗质量安全（不良）事件报告范围，鼓励临床科室主动上报。医政部门认真核实非计划

再次手术，对于刻意隐瞒、漏报的科室进行批评，将评价结果纳入绩效管理。

4.医院建立非计划重返手术室再手术多部门联合监测及评价机制，发生非计划再次手术的科室进行全科疑难病例讨论或 MDT 讨论，总结经验教训，讨论结果记录病历并上报管理部门。

5.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果，制定改进措施并形成质量改进案例。

（三）目标实施步骤

1.2024 年工作推进步骤和具体时间安排

（1）市医院管理质控中心完善数据收集内容和上报平台，设计非计划再次手术数据上报信息，包括患者基本情况、出入院时间、临床诊断、多次手术信息、再次手术原因等。各医疗机构建立健全非计划再手术管理工作制度，成立非计划再手术专项工作小组，制定非计划再手术数据上报流程和监管机制。

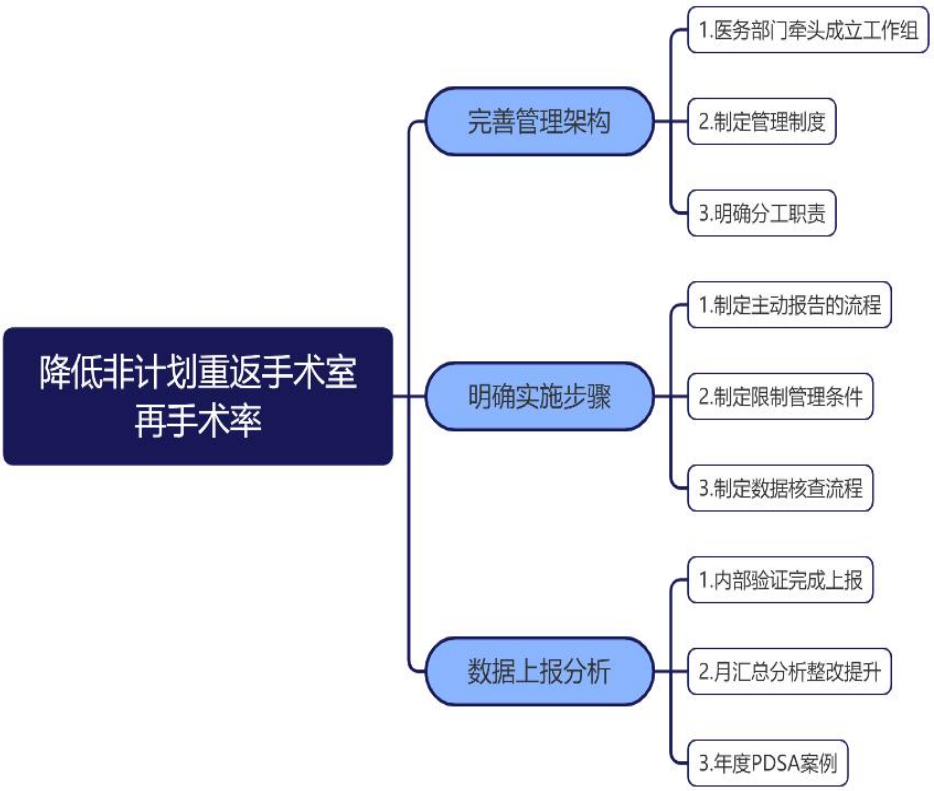
天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

（2）各医疗机构于每月 10 日前登录天津市医疗服务评价和指导中心数据监测平台，按照《天津市医疗机构非计划再手术管理数据监测月报表》填报相关数据。市医院管理质控中心每月对监测数据进行统计，每季度将《全市医疗机构非计划再手术管理数据监测季度简报》反馈至各医疗机构。年终医院管理质控中心核实 HQMS 数据中的非计划再手术病例与各医疗机构上报数据，核查结果上报天津市卫生健康

委。

（3）医院管理质控中心牵头，组织麻醉、病案、普通外科、泌尿外科、心外科、胸外科、妇科、神经外科、骨科、小儿外科等质控中心专家对各医疗机构非计划再手术管理工作进行督导检查，形成年度质量改进目标完成情况总结报告。

（4）医疗机构工作思维导图



2.不同时间节点医疗机构工作台账

工作任务	责任部门	完成时限
制定并下发策略书	医院管理质控中心	第一、二季度
制定工作计划和组织分工		
建立非计划再手术管理工作制度		

制定非计划再手术数据上报流程和监管机制	医疗机构	第二季度
完成数据上报及院内管理反馈		
完善数据收集内容和上报平台	医院管理质控中心	
督导项目进度		
完成全市上报数据的核查分析，形成反馈报告		
完成数据上报及院内管理反馈	医疗机构	按季度进行
完成全市上报数据的核查分析，形成反馈报告	医院管理质控中心	
完成数据上报及持续改进案例	医疗机构	第三、四季度
组织相关质控中心开展现场检查	医院管理质控中心	
推广优秀实施方案和案例		

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

附件 5

降低住院患者围手术期死亡率
实施策略书

一、基本情况

（一）2024 年度医疗质量安全改进目标名称

降低住院患者围手术期死亡率

（二）牵头质控中心：天津市医院管理质量控制中心

（三）参与质控中心：天津市普通外科质量控制中心

天津市护理质量控制中心

天津市麻醉质量控制中心

天津市病案质量控制中心

二、策略书

（一）目标简述

住院患者围手术期死亡率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一，死亡原因可能取决于患者的健康状态、手术类型、紧迫程度、技术能力、围术期管理水平等。加强住院患者围手术期管理，落实手术相关管理制度，降低住院患者围手术期死亡率，对整体提高医疗质量安全水平具有重要意义。

本指标重点关注住院患者进行开放手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

1.计算公式

住院患者围手术期死亡率=∑住院患者围手术期死亡例数/∑住院患者围手术例数×100%。

2.指标说明

（1）该指标主要对住院患者进行开放手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日（截止零点）、术后24小时和48小时的死亡情况进行统计分析。

（2）分母：同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按 1 人统计。

（3）分子：手术结束时间和死亡时间的间隔，多次手术按最后一次手术的结束时间计算。

（二）目标实施核心策略

1.医疗机构成立由医政部门牵头，联合质控、信息、麻醉专业、护理、重症、医院感染、病案等部门组成的专项工作小组。按照《手术质量安全提升行动方案（2023-205年）》要求，以学科评估为抓手、加强术前风险管理，以强化核查为基础、严格术中风险管理，以精细管理为保障，强化术后风险管理，明确各部门的工作职责，落实《天津市手术质量安全提升行动实施方案（2023-205年）》中的20项工作措施。

2.规范围手术期死亡病例数据获取口径，制定上报流程和数据内部验证程序，每月由医政部门汇总本院数据完成上报工作，实行零上报制度。

3.医政或质控部门加强医疗质量安全核心制度的培训和

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

督导工作，落实术前讨论制度、手术安全核查等医疗核心制度。 按照医疗机构手术分级管理办法的要求，将新开展手术、高龄患者手术、高风险手术、毁损性手术、非计划二次手术，医患争议或纠纷的手术、伴有生命重要脏器功能衰竭的手术纳入全科讨论的范围，降低围手术期死亡发生率。落实手术分级管理及动态评估制度，利用信息系统实现医师手术权限管理。建立涵盖术前、术中、术后各关键诊疗环节的质量控制指标和评价考核办法，按季度由工作小组以例会形式对本机构数据进行分析、反馈和说明。利用全院死亡病例讨论，针对典型个案查找安全隐患和管理缺陷，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，依据分析结果明确关键原因，制定改进措施并形成质量改进案例。

（三）目标实施步骤

1.2024 年工作推进步骤和具体时间安排

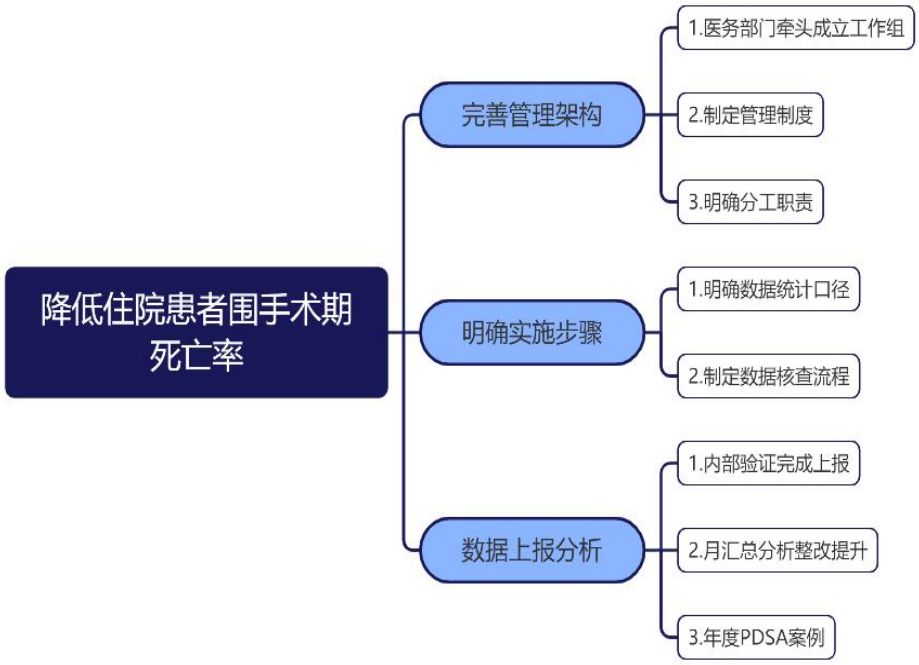
（1）市医院管理质控中心制定围手术期死亡率上报内容。收集各医疗机构住院患者围手术期死亡患者的信息，包括患者基本情况、出入院时间、临床诊断、手术信息等，对收集的信息按科室、病种进行分类统计。

（2）各医疗机构于每月 10 日前登录天津市医疗服务评价和指导中心数据监测平台，按照《天津市医疗机构围手术期死亡数据管理监测月报表》填报相关数据。市医院管理质控中心每月对监测数据进行统计，每季度将《全市医疗机构

围手术期死亡数据管理监测季度简报》反馈至各医疗机构。

（3）医院管理质控中心牵头，组织麻醉、护理、普通外科、泌尿外科、心外科、胸外科、妇科、神经外科、骨科、小儿外科以及医院感染防控等质控中心专家对各医疗机构围手术期死亡数据管理工作进行督导检查，形成年度质量改进目标完成情况总结报告。

（4）医疗机构工作思维导图



天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

2.不同时间节点内质控中心的主要工作举措、任务以及各医疗机构的工作内容

工作任务	责任部门	完成时限
制定并下发策略书	医院管理质控中心	第一、二季度
制定工作计划和组织分工		
建立围手术期死亡病例管理制度	医疗机构	
完善围手术死亡病例数据上报流		

程和数据获取口径		第二季度
完成数据上报及院内管理反馈		
完善数据收集内容和上报平台	医院管理质控中心	
督导项目进度		
完成全市上报数据的核查分析，形成反馈报告		
完成数据上报及院内管理反馈	医疗机构	按季度实施
完成全市上报数据的核查分析，形成反馈报告	医院管理质控中心	
完成数据上报及持续改进案例	医疗机构	第三、四季度
组织相关质控中心开展现场检查	医院管理质控中心	
推广优秀实施方案和案例		

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

附件 6

降低血管内导管相关血流感染发生率实施策略书

一、实施策略背景

为深入落实 2021-2024 年国家医疗质量安全改进目标的要求，充分发挥引导工作方向、激发行业内生动力、实现医疗质量安全改进的积极作用，市护理质控中心从 2021 年起连续 3 年指导行业以目标为导向科学精准开展降低血管内导管相关血流感染发生率质量改善项目，取得一定工作成效。在此基础上继续聚焦临床工作中的薄弱环节及难点问题，结合基线数据、感染病例结构化信息分析及前期访谈相关内容，锁定住院患者行血液净化治疗短期置入的中心静脉导管相关血流感染的预防作为改善重点，血管通路为无隧道和涤纶套的透析导管（non-cuffed catheter，NCC），以下简称 NCC。以临床实际需求为导向优化《工具包》及置管维护流程，规范临床实践，从而降低 NCC 相关血流感染发生率，巩固阶段性成果，保持血管内导管相关血流感染发生率感染发生率呈稳定趋势。

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

二、基本情况

（一）年度质量安全改进目标

2021 年十大医疗质量安全改进目标之一：降低血管内导管相关血流感染发生率。

2022-2023 年护理专业质控工作改进目标：降低血管内导管相关血流感染发生率。

2024 年护理专业质控工作改进目标：降低血管内血液净化用中心静脉导管血流感染发生率。

（二）牵头质控中心：市护理质控中心，负责项目方案的制定、整体实施、质量监管等。

（三）参与质控中心：市重症质控中心、市感染控制与管理质控中心、市血液净化质控中心，参与标准修订、研讨及培训、推广落实等。

三、工作步骤

目标一：2024 年 4 月底前，质控中心制定策略书，医疗机构优化、完善工作方案。

目标二：2024 年 6 月底前，联合市重症、感控等质控中心专项研讨，共识标准，推动《工具包》落实。

目标三：2024 年 8 月底前，完成全市二三级医疗机构专项调研，抽取部分医疗机构完成过程质量查检。

目标四：2024 年 10 月底前，联合重症、血液净化等质控中心完成系列培训；医疗机构层面组织开展同质化培训、考核及临床推广、日常评估等工作。

目标五：2022 年 12 月底前，完成终期评估及效果评价。

四、核心策略

策略一：对标总体工作目标，优化项目实施方案。医疗机构建立专项工作机制，结合医院基线情况、感染病例结构化信息，及时摸清底数，明确改进方向。在原有工作基础上

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

优化实施方案，明确工作目标、负责人、完成时限。

策略二：以《工具包》为指引，强化临床落实。落实国家护理质控中心发布《预防血管内导管相关血流感染过程质控工具包》，规范执行置管和维护关键环节提炼出的重点措施，以依从性评价指引作为日常质量监管标准之一，规范护理措施落实，加强工具包临床应用，科学改善和控制血管内导管相关血流感染的发生。

策略三：加强多学科合作，积极组织院内培训。加强与重症、血液净化、感控等多学科在标准的推广落实、质量监管等方面有效合作。鼓励开展现场演示、视频教学、工作坊、沙龙等形式多样的院内系列规范化培训，理清思路、更新理念，提升导管接头和导管出口部位护理等重点环节标准化、规范化、同质化水平。

策略四：完善过程质量监管机制，持续追踪改善效果。医疗机构对科室临床执行情况要进行质量监管和阶段性评估，以 PDCA 循环法为理论基础，运用质量管理工具进行数据分析，对实际情况进行充分调研分析，运用目标管理原则梳理、查找自身存在的问题，调整、优化改进措施并推进落实。

策略五：加强宣传引导，推广先进典型经验。通过影像资料、宣传展板以及组织多角度、全方位的主题活动，强调预防血管内导管相关血流感染的必要性和重要性，梳理各科室在实现改进目标的过程中解决的技术、管理或合作等方面经验或案例，院内分享交流，激励持续改进，营造“人人都

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

是践行者”的浓厚氛围，全面提高医务人员业务素质和思想认知。

五、保障措施

（一）高度重视，加强组织领导。医疗机构要高度重视，准确把握专项行动的重要意义，充分认识专项行动的重要性，将降低血管内导管相关血流感染专项工作纳入年度工作计划，统筹各方资源，扎实开展专项行动，加大督促指导力度，确保各项工作落到实处。

（二）加强监测评估，及时反馈改进。充分发挥质控指标在医疗质量提升中的测量和导向作用，明确指标数据获取途径和方法，依托国家质量数据平台每季度收集、监测、分析质控数据，通过季报、年报等形式反馈质控工作改进目标情况。医疗机构形成日常监管、阶段性评估的长效机制，结合自身实际情况，充分利用质控指标和各种医疗质量管理工具开展自我管理，不断提升医疗质量管理的科学化、精细化、规范化水平，保障医疗安全，采用信息化手段加强相关指标信息的上报工作。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

（三）建立激励机制，加强工作交流。医疗机构要围绕质量改进目标建立有效的激励机制，充分调动相关人员的积极性。鼓励组织质量持续改进优秀案例征集活动，分享质量改进工作经验。同时，加强宣传和经验交流，提高医疗机构的关注度及参与性，营造良好的医疗质量安全文化氛围。

第二部分　医疗质量监测指标

2024 年 4 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）

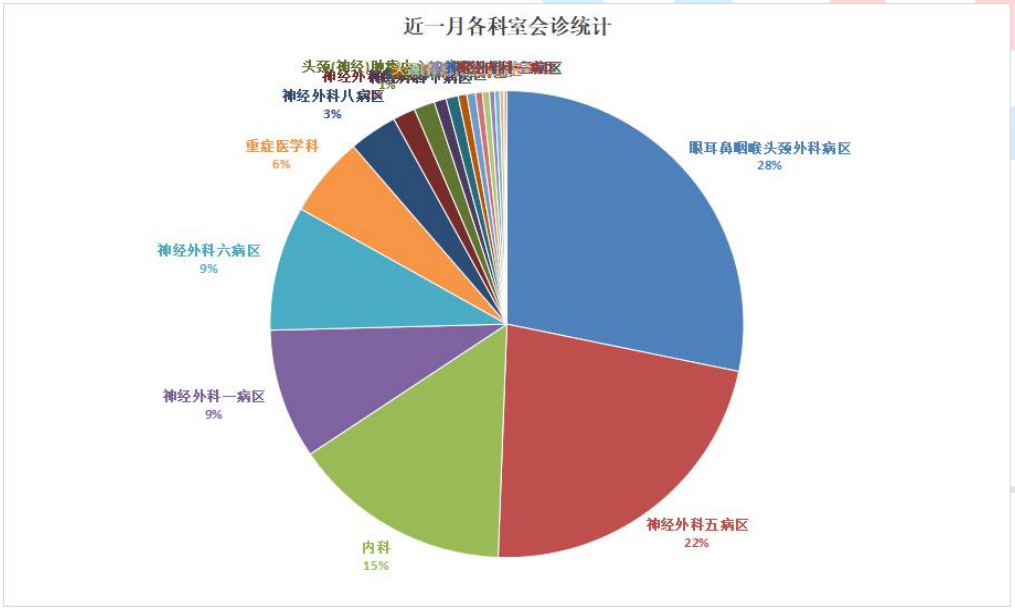
日间手术占择期手术比例(%)		9.89
大型医用设备检查阳性率(%)		88.80
抗菌药物使用强度（DDDs）▲		34.48
出院患者总人次数		4313
出院患者总手术人数		889
出院患者手术占比(%)		20.61
出院微创手术人数		60
出院手术患者微创手术比例(%)		6.75
出院四级手术人数		504
出院手术患者四级手术比例(%)		56.69
择期手术患者并发症发生人次数		20
择期手术总人数(排除妊娠、分娩、围产期、新生儿）		364
手术患者并发症发生率(%)		5.49
Ⅰ类切口手术总感染人数		0
Ⅰ类切口手术总人数		517
Ⅰ类切口手术部位感染率(%)		0.00
脑梗死	收治总例数	1774
	出院患者占用总床日数	12674
	平均住院日	7.14
	总住院费用	21116656.49
	次均费用(元)	11903.41
	死亡人数	10
	病死率(%)	0.56

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

第三部分　质量分析

一、4 月份医疗质量与安全质量分析

（一）医务科进行会诊制度督查，统计近一个月全院院内会诊情况，总计 1179 次会诊，分布如下：



根据科室分布对部分病例进行抽查出，发现问题汇总如下：

科室	会诊记录是否完整	会诊内容是否满足需求
内科	√	√
神经内科一病区	请会诊医师未签字（左文超、吴昊）	√
神经内科六病区	√	√
神经内科三病区	电话会诊记录缺失（陈曦）	√
神经内科一病区	√	√
神经外科六病区	请会诊医师签字用印章，且病历存在大量签字缺失（贾强）	√
神经外科八病区	√	√
神经外科九病区	√	√
神经外科六病区	√	√

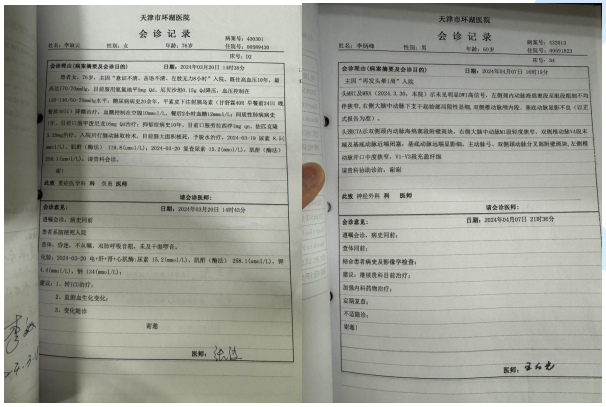
天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

神经外科十病区	√	√
神经外科九病区	√	会诊医师未回答会诊主要问题（冯珂珂）
神经外科十二病区	√	√
神经外科十三病区	√	√
神经外科十一病区	√	√
神经外科四病区	√	√
神经外科五病区	√	√
神经外科一病区	√	√
头颈(神经)肿瘤中心二病区	√	√
头颈(神经)肿瘤中心一病区	√	√
眼耳鼻咽喉头颈外科病区	√	√
中医科病区	√	√

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

重症医学科	√	√

神经内科一病区存在请会诊医师签字缺失情况，扣除责任医师绩效 200 元（左文超、吴昊）

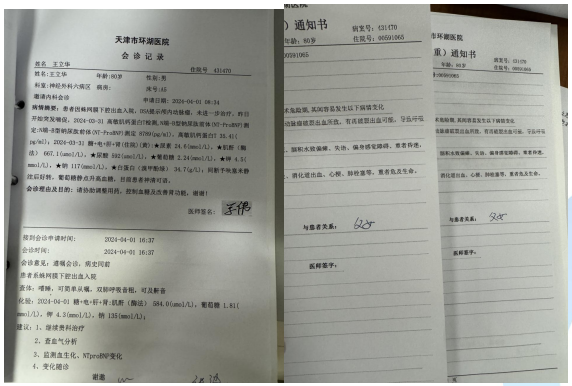

天津市环湖医院
会诊记录

天津市环湖医院
会诊记录

神经内科三病区请电话会诊，未进行记录，扣除责任医师绩效 500 元（陈曦）

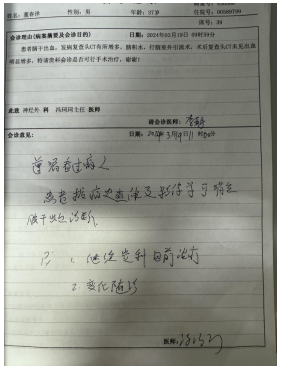
神经外科六病区，请会诊医师签字用印章，且病历大量签字缺失，扣除责任医师绩效 500 元（贾强）

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital


天津市环湖医院
会 诊 记 录

通知书

神经外科九病区，会诊意见未回答主要问题，扣除会诊医师绩效 200 元（冯珂珂）。



天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

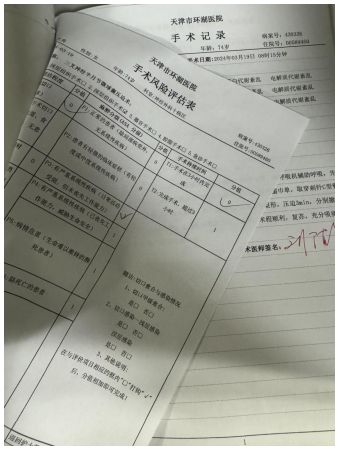
（二）医务科、护理部联合进行手术安全核查制度督查，根据出院时间随机调查近期出院患者手术风险评估单、手术安全核查表、麻醉记录单等相关内容，结果如下：

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	√	√	√
神外三	√	√	√
神外四	√	√	√
神外五	√	√	√
神外七	√	√	√
神外八	√	√	√
神外九	√	√	√
神外十	手术安全核查单缺失（刘清军	√	√

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

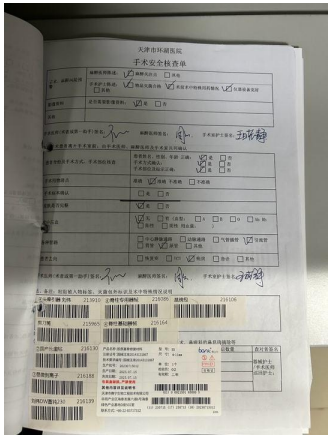
	430326）		
神外十二	√	标本情况存在空项（刘伟429602）	√
神外十三	√	√	√
眼耳鼻喉	√	√	√

神经外科十病区手术安全核查单缺失，扣除科主任绩效 500 元



天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

神经外科十二病区存在安全核查单空项，扣除手术室护士长绩效 200 元



（三）医务科、护理部联合进行值班和交接班制度督查，督查全部 A 座各科室医师、护理、器械交接班记录，结果如下：

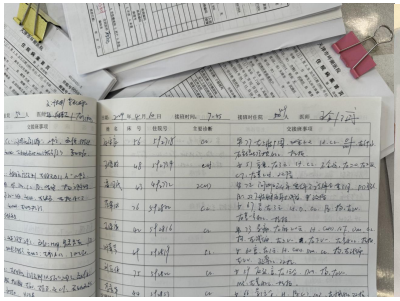
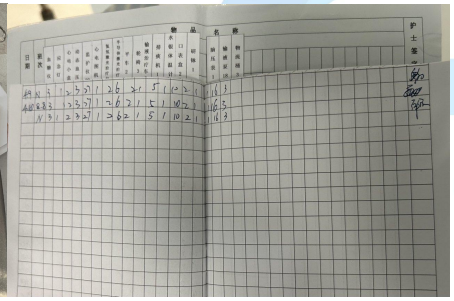
科室	医师交接班	护理交接班	器械交接
神内一	√	√	√
神内二	√	√	√

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

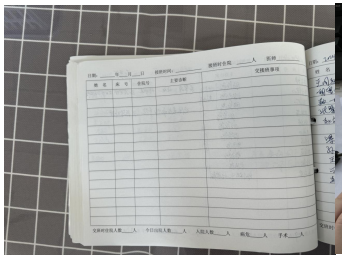
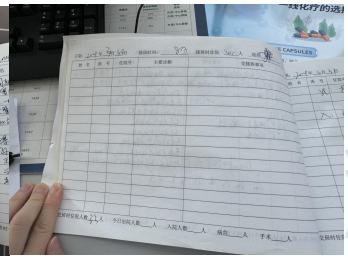
神内三	√	√	√
神内四	√	√	√
神内五	√	√	√
神内六	√	√	√
神内七	√	√	√
神内八	√	√	√
神内九	存在签字缺失（王巍）	√	器械存在漏交接
内科	√	√	√
中医科	√	√	√
肿瘤一	存在交班记录缺失（王国开）	√	√
肿瘤二	存在交班记录缺失（王亚红）	√	√
神外十一	存在签字缺失	√	√
神外十三	√	护理交班未签字	√

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

神内九存在医师交接班签字缺失、器械漏交接的情况，扣除责任医师绩效 200 元、护士长绩效 200 元。

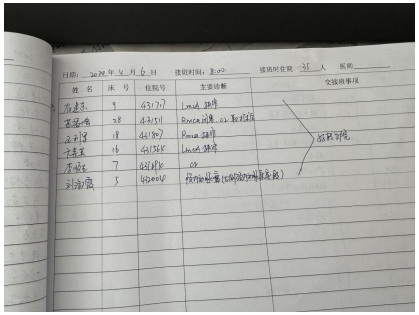



肿瘤一、肿瘤二存在医师交接记录缺失，扣除责任医师绩效 500 元。

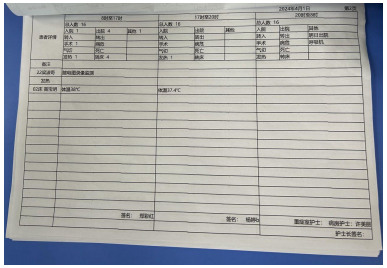



神外十一存在多次签字缺失，扣除科主任绩效 500 元。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital



神外十三护理交接未签字，扣除护士长绩效 200 元。



天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

（数据来源：医务科）

二、病案质控分析

4 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	首页满分份数
神外一	杨帆	10	0	93.55	10
	张昕	10	0	93.90	10
	陈东	5	0	93.60	5
	曹德晨	5	0	94.10	5
	王红光	15	0	93.37	15
	路剑	2	0	93.50	2
神外二	张国斌	15	0	93.77	15
	陈悦达	9	0	94.22	9
	李爱林	15	0	93.23	14
神外三	张延铭	9	0	91.17	9
	马越	12	0	94.46	12
	薛凯	15	0	93.70	15
神外四	任贺成	15	1	92.33	15
	马琳	15	0	92.50	15
	李冰	12	0	92.00	12
神外五	王虎	12	0	90.63	12
	尚彦国	15	1	91.50	15
	施铭岗	11	1	91.68	11
神外六	王世波	15	0	93.57	15
	贾强	15	1	93.23	15
	李旭东	15	0	93.43	15
神外七	陈步东	15	0	93.87	14
	洪健	15	0	93.50	14
	卓杰	14	0	92.39	13
神外八	李庆国	15	1	92.20	15
神外九	王宏	12	1	91.92	12
	冯珂珂	12	0	92.25	12
	尹绍雅	15	0	92.00	15
神外十	池京阳	11	0	92.59	11
	刘清军	15	0	91.70	15
神外十一	陆达	10	0	93.20	10
	潘思虎	15	0	93.27	15
神外十二	杜春发	13	0	93.27	12
	汤锋武	13	0	93.27	13
	翟鹏飞	7	0	93.36	6

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

神外十三	梁思泉	11	0	92.14	11
肿瘤中心一	孙立伟	15	0	94.27	15
	丛征	15	0	94.53	15
	王国开	15	0	94.3	15
肿瘤中心二	郭阳	15	0	94.6	15
	宋彬	15	0	94.47	15
	王亚红	15	0	94.47	15
眼耳鼻咽喉	杭伟	15	0	94.5	15
	翟翔	15	0	93.57	15
	印志娴	15	0	94.4	15
外科	韩艳庆	8	0	94.81	8
	王斌	15	0	93.43	15
	戴海龙	7	0	93.86	7
外科合计		605	6	93.24	599
神内一	陆卉	16	0	94.72	16
	王盼	15	0	94.87	15
	吴昊	16	0	94.53	16
神内二	李玉旺	15	0	94.40	14
	秦洁	16	0	93.56	15
	朱子龙	16	0	94.25	15
神内三	张淼	15	0	94.60	15
	李攀	15	0	94.43	15
	王艳	16	0	94.19	16
神内四	陈岩	15	0	94.20	15
	张辰昊	15	0	94.33	15
	李霞	15	0	94.17	15
神内五	洪雁	17	0	94.47	17
	俞宁	16	1	94.44	16
神内六	李清云	15	0	94.80	15
	邹永明	15	0	94.80	15
神内七	张雅静	15	0	94.50	15
	相蕾	15	1	94.20	15
	苏文华	15	0	94.47	15
内科	崔悦	16	0	94.63	15
	高晓刚	16	0	94.69	16
神内八	王巍	15	0	94.10	15
	陈荣杰	15	0	94.23	15
神内九	于长申	15	0	94.37	15
	刘培培	15	0	94.70	15
	侯东哲	15	0	94.37	15
重症	吴盛	15	0	94.13	15
中医	郑娜	15	0	94.83	15
	田珍	15	0	94.90	15

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

内科合计	445	2	94.44	441
全院各项总和	1050	8		1040

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

（数据来源：病案管理科）

三、护理质量分析（4月份）

（一）督导时间：4月25日

（二）督导范围：神经外科各病区

（三）督导重点：查对制度落实情况（身份查对、医嘱查对、操作查对、科室管理等）

查对制度落实查检表

序号	查检项目	1		2		3		4		5		分值	扣分	得分
		床号	姓名	床号	姓名	床号	姓名	床号	姓名	床号	姓名			
1	患者佩戴腕带，标识清楚，信息齐全，患者知晓腕带的作用											5		
2	身份查对方式正确，至少使用两种身份查对方式确认患者身份（如姓名+住院号），床号不得用于查对											5		
3	询问患者姓名方式正确（由患者说出自己的姓名），昏迷、意识不清患者辨识方法准确											5		
4	医嘱核对规范，操作执行单签字及时、准确、完整											5		
5	标本采集、给药或输液等诊疗活动各环节（前、中、后）均有查对环节											5		
6	科室每日、每班医嘱查对规范，医嘱核对本及医嘱变更单签字完整、准确											2		
7	科室有查对制度、患者身份识别制度相关培训、考核及效果评价，有记录											1		
8	科室对查对制度、患者身份识别制度落实情况定期进行自查，分析，改进											2		
总分												30		

注：1. 现场查检5名患者查对制度落实情况，总分为30分。
2. 1-5项检查项目逐条查检，1项不合格扣1分；6-8项是科室层面落实情况，根据科室落实情况酌情扣分。

（四）督导结果

病区	标识清晰	身份查对	医嘱查对	操作查对	科室管理
神外一	床头卡信息未及时更新	✓	✓	执行单签字不规范	✓
神外二	✓	✓	✓	✓	✓
神外三	✓	手持机扫码欠及时	✓	✓	✓
神外五	床头卡、腕带信息更改不及时	✓	✓	✓	✓
神外七	✓	✓	✓	✓	科室对查对制度培训效

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

					果评价欠到位
神外八	✓	✓	✓	执行单签字不规范	✓
神外九	✓	✓	✓	✓	✓
神外十一	床头卡信息欠全面	✓	医嘱变更单核对欠规范	口服药单签字不及时	✓
神外十三	✓	✓	✓	✓	✓

（五）整改措施

1. 加强各级护理质控督导及科室管理。

2. 正确落实患者身份识别，尤其是昏迷及身份不明患者的核对。

3. 规范执行各项给药操作流程，严格操作各环节查对制度、交接制度落实。

4. 对本次检查存在查对制度落实不规范的科室扣罚科室绩效。

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

（数据来源：护理部）

四、医院感染数据分析

2024 年 4 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	2		2								0.78		100
神经内科二病区													
神经内科三病区	1		1								0.47		100
神经内科四病区													
神经内科五病区	6		5		1						2.91		100
神经内科六病区	1		1								0.49		100
神经内科七病区	2		2								0.93		100
神经内科八病区													
神经内科九病区	6		6								2.71		100
内科病区													
重症医学科													
神经外科一病区	4				2	2					3.03		100
神经外科二病区	1				1						1.04		100
神经外科三病区	2		1						1		2.63		100
神经外科四病区	3		2						1		2.33		100
神经外科五病区	1		1								1.20		100
神经外科六病区	1		1								0.46		100
神经外科七病区	2					1			1		2.11		100
神经外科八病区	5				2			1	2		5.26		100
神经外科九病区	1								1		1.12		100
神经外科十病区	3								3		2.88		100
神经外科十一病区	1		1								0.70		100
神经外科十二病区	4		1		2				1		5.63		100
神经外科十三病区													
外科病区													
中医科病区													
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													
合计	46	0	24	0	8	3	0	1	10	0	1.07	0	100

（数据来源：感染管理科）

天津市环湖医院
Tianjin Huanhu Hospital

五、出院患者抗菌药物使用情况分析

出版日期　2024 年 04 月

全院抗菌药物使用情况通报

2024 年 03 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

03 月住院患者抗菌药物使用率为 21.86%，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：14.31%、34.69%。其中使用率位列前 3 位的病区为：B7 神外七病区、B11 神外三病区、B9 神外九病区。请神经外科关注围术期预防用药比例。

03 月平均住院患者抗菌药物使用强度为 38.15，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：16.39、56.50。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、B2 神外二病区。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	26.94%	70.62	B9 神外九	65.35%	77.63
B2 神外二	63.53%	76.05	B12 神外十	48.15%	62.00
B3 神外四	25.31%	31.10	B11 神外三	74.67%	84.37
B5 神外五	15.09%	51.06	A1 神外十一	35.81%	52.88
B6 神外六	10.55%	31.80	神外十二	61.76%	59.62
B7 神外七	76.92%	58.67	神外十三	36.78%	45.93
B8 神外八	22.64%	40.59	**神外平均**	**34.69%**	**56.50**

神内病区	使用率%	使用强度
A12 神内一	17.90%	25.73
A3 神内二	10.71%	14.07
A2 神内三	12.22%	13.60
A4 神内四	14.22%	5.94
A6 神内五	27.36%	30.65
A15 神内六	3.14%	1.99
A11 神内七	17.70%	23.31
A14 神内八	4.67%	3.94
A13 神内九	20.09%	25.62
神内平均	**14.31%**	**16.39**

其他病区	使用率%	使用强度
肿瘤一	4.05%	6.00
肿瘤二	2.58%	1.54
B4 眼耳鼻喉	18.77%	50.12
ICU 重症	61.80%	222.76
B10 外科	14.71%	48.30
A8 内科	15.92%	42.90
A9 中医	20.54%	32.79
—	—	—
全院病区平均	**21.86%**	**38.15**

环湖医院临床药学办公室 地址：A座1楼（东）
电话：59065816

2024 年 03 月全院抗菌药物 DDDs 前十位

2024 年 3 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）	27	11	40.74%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	9	81.82%	9	3	0
神外二（B2）	32	18	56.25%	1	0	0.00%	0	0	0.00%	0	17	94.44%	17	0	1
神外四（B3）	29	13	44.83%	1	1	100.00%	0	0	0.00%	0	12	85.71%	12	0	1
神外五（B5）	22	19	86.36%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	16	84.21%	16	0	0
神外六（B6）	19	11	57.89%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	7	63.64%	7	0	0
神外七（B7）	33	27	81.82%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	23	85.19%	23	1	2
神外八（B8）	4	1	25.00%	5	5	100.00%	0	0	0.00%	0	3	50.00%	1	0	2
神外九（B9）	38	35	92.11%	2	1	50.00%	0	0	0.00%	0	36	100.00%	36	0	14
神外十（B12）	21	17	80.95%	8	8	100.00%	0	0	0.00%	0	14	56.00%	1	1	13
神外三（内镜预约）	11	6	54.55%	22	20	90.91%	0	0	0.00%	0	26	100.00%	26	2	11
神外十一（融合）	33	6	18.18%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	3	50.00%	2	2	1
神外 12（脊柱）	22	20	90.91%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	17	85.00%	17	0	3
神外 13（功能神经）	17	17	100.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	16	94.12%	16	0	7
B10 外科	1	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0
ICU	12	1	8.33%	2	0	0.00%	0	0	0.00%	0	1	100.00%	1	0	0
耳鼻喉（B4）	0	0	0.00%	27	21	77.78%	33	27	81.82%	0	21	43.75%	21	0	3
合计	321	202	62.93%	68	56	82.35%	33	27	81.82%	0	221	77.54%	205	9	58
汇总	手术总例数 422 例　预防用药使用例数：285 例　预防用药总使用率：67.54%														

（数据来源：药剂科）

六、输血质量分析

2024 年 4 月科室用血情况

申请科室	悬浮红细胞	悬浮少白红细胞	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)	冷沉淀凝血因子	去白细胞单采血小板(毫升数)
头颈(神经)肿瘤中心一病区	400						
头颈(神经)肿瘤中心二病区	400						2.0
神经外科十三病区		400.0	400				
神经内科一病区	400	400.0					
神经外科十一病区	800				760		
神经外科一病区	5000	1,200.0	2950	3,120.0	3940		4.0
急诊神经内科	400		480				
急诊神经外科	7600	400.0	4530	1,200.0	2110		
神经外科二病区	3500	400.0	3360	240.0	2030		
神经外科七病区	3900		2600	360.0	1700	800	2.0
神经外科八病区	7500	400.0	5940	480.0	3360		
神经外科九病区	2400	400.0	1160		1940	800	9.0
神经外科四病区	3600	800.0	1200	600.0	1300	1000	
神经外科五病区	8100	800.0	4940	2,160.0	4280		3.0
神经外科六病区	400		200		200		
神经内科六病区	400						
神经外科十病区	4200	800.0	3430	960.0	1590		
神经外科三病区	2600	1,200.0	2100	720.0	530		
神经外科十二病区	800	400.0	400	480.0	1040		
眼耳鼻咽喉头颈外科病区	6400	1,200.0	3560	2,040.0	1500	1000	2.0
重症医学科	3200	800.0	960	240.0	740		
外科	600	400.0					
合计:	62600	10,000.0	38210	12,600.0	27020	3600	22.0

（数据来源：检验科、医务科）

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital

第四部分 质量管理小知识

全面质量管理（TQC）

全面质量管理，即 TQM(Total Quality Management)就是指一个组织以质量为中心，以全员参与为基础，目的在于通过顾客满意和本组织所有成员及社会收益而达到长期成功的管理途径。在全面质量管理中，质量这个概念和全部管理目标的实现有关。

特点

全面性：是指全面质量管理的对象，是企业生产经营的全过程。

全员性：是指全面质量管理要依靠全体职工。

预防性：是指全面质量管理应具有高度的预防性。

服务性：主要表现在企业以自己的产品或劳务满足用户的需要，为用户服务。

科学性：质量管理必须科学化，必须更加自觉地利用现代科学技术和先进的科学管理方法。

天津市环湖医院 Tianjin Huanhu Hospital