

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 7 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	11
第三部分 质量分析	12
一、医疗质量与安全质量分析	12
二、病案质控分析	20
三、护理质量分析	23
四、医院感染数据分析	25
五、出院患者抗菌药物使用情况分析	26
六、输血质量分析	29
第四部分 质量管理小知识	30

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师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。	病历检查发现，中间层级医师查房次数不足。
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	术者未按要求在术前或术后 24 小时内查房(无

		房。	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, 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; 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。	病历检查发现, 非计划再次手术病例未进行疑难病例讨论。
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	病历检查发现, 死亡病例讨论主持人未签字。

		人审核并签字确认。	
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。	
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。	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。
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，患者可一站式进行检查检验预约，缩短患者等候时间。	未推行门诊检查检验集中预约工作模式。
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 50m ² 以上，可容纳 5 人以上同时就诊。	急诊科床位数不足。
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 40m ² ，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 ；新生儿监护病房护患比为 1.5-1.8:1 。	重症医学科护士数量不足。

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。	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，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，提出干预和改进措施。	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。

第二部分 医疗质量监测指标

2024 年 6 月医疗质量监测指标

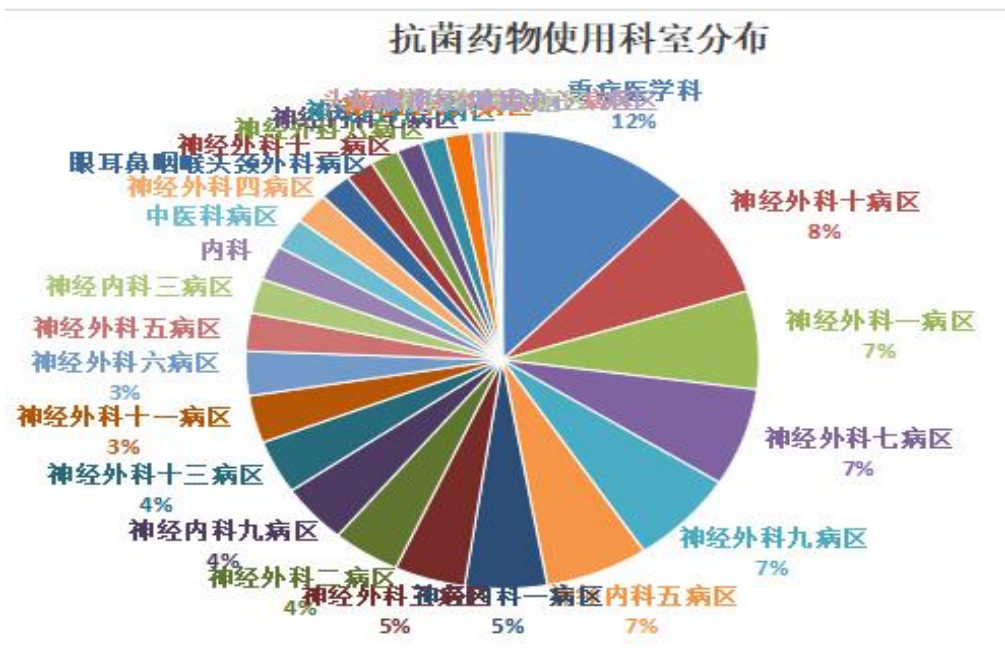
(数据来源: 绩效考核办公室、网络信息科)

日间手术占择期手术比例(%)		3.65
大型医用设备检查阳性率(%)		85.82
抗菌药物使用强度（DDDs）▲		26.29
出院患者总人次		3825
出院患者总手术人数		693
出院患者手术占比(%)		18.12
出院微创手术人数		43
出院手术患者微创手术比例(%)		6.20
出院四级手术人数		364
出院手术患者四级手术比例(%)		52.53
择期手术患者并发症发生人次		4
择期手术总人数(排除妊娠、分娩、围产期、新生儿)		301
手术患者并发症发生率(%)		1.33
Ⅰ类切口手术总感染人数		0
Ⅰ类切口手术总人数		386
Ⅰ类切口手术部位感染率(%)		0.00
脑梗死	收治总例数	1731
	出院患者占用总床日数	12599
	平均住院日	7.28
	总住院费用	20568097.73
	次均费用(元)	11882.21
	死亡人数	6
	病死率(%)	0.35

第三部分 质量分析

一、6 月份医疗质量与安全质量分析

（一）医务科联合药剂科进行抗菌药物临床使用管理制度管理
制度督查，通过信息化筛选 2024 年 4 月 1 日至 5 月 1 日
应用抗菌药物的住院患者住院号和病案号，科室分布如下



同时按照 20%标准进行抽检，发现问题如下：

住院号	科室	使用量和使用时间问题	使用种类问题
590832	重症医学科	√	√
593459	重症医学科	√	√
591028	中医科病区	√	√
595689	中医科病区	√	√
594896	眼耳鼻咽喉头颈外科病区	√	√
595466	眼耳鼻咽喉头颈外科病区	√	√
592402	头颈(神经)肿瘤中心一病区	√	√
595331	头颈(神经)肿瘤中心一病区	√	√
594583	头颈(神经)肿瘤中心二病区	√	√
594308	神经外科一病区	√	√

595375	神经外科一病区	√	√
585484	神经外科五病区	√	√
593266	神经外科五病区	√	√
591024	神经外科四病区	√	√
592136	神经外科四病区	√	√
595252	神经外科十一病区	√	√
593459	神经外科十一病区	√	√
593049	神经外科十三病区	√	√
593512	神经外科十三病区	√	√
592478	神经外科十二病区	抗生素应用 14 日，未见感染诊断	√
592667	神经外科十二病区	√	√
594319	神经外科十病区	√	√
592506	神经外科十病区	特殊使用级抗菌药物无会诊记录，未送检	√
594284	神经外科三病区	术后预防用药时间过长（7 日）	√
593055	神经外科三病区	√	√
592320	神经外科七病区	√	√
591654	神经外科七病区	√	√
594721	神经外科六病区	√	√
593670	神经外科六病区	√	√
590317	神经外科九病区	术后预防用药时间过长（10 日）	√
591637	神经外科九病区	√	√
592513	神经外科二病区	术后预防用药时间过长（4 日）	√
595164	神经外科二病区	√	√
592435	神经外科八病区	√	√
594615	神经外科八病区	√	√
593397	神经内科一病区	√	√
593155	神经内科一病区	√	√
592203	神经内科五病区	√	√
594026	神经内科五病区	√	√
593992	神经内科四病区	√	√
594256	神经内科四病区	√	√
590720	神经内科三病区	√	√
592337	神经内科三病区	√	√
590133	神经内科七病区	√	√
592882	神经内科七病区	√	√
593141	神经内科六病区	√	√
591354	神经内科六病区	√	√

592990	神经内科九病区	√	√
593326	神经内科九病区	√	√
593112	神经内科二病区	√	√
592079	神经内科二病区	√	√
593713	神经内科八病区	√	√
595234	神经内科八病区	√	√
591881	内科	√	√
595540	内科	√	√

神外十二病区存在抗生素应用 14 日，但未进行感染诊断的情况，扣除责任医师绩效 200 元（汤锋武）

神外十病区存在特殊使用级抗菌药物无会诊记录，未送检，扣除责任医师绩效 500 元（池京洋）

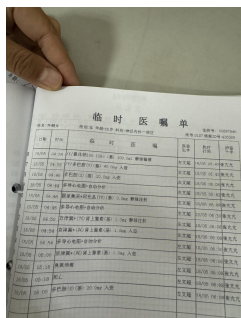
神外三病区、神外九病区、神外二病区存在术后预防用药时间过长的情况，扣除责任医师绩效 200 元（张晨、陈祎阳、陈悦达）

（二）医务科联合护理部进行急危重症抢救制度督查，通过信息化筛选 2024 年 5 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	主管医师	死亡日期	病历抢救记录	抢救护理记录	抢救医嘱	三者对应一致
432858	592986	张述升	2024-05-01 09:24:00.000	√	√	√	√
433153	593382	王盼	2024-05-04 13:44:00.000	√	√	√	√
416914	595530	洪健	2024-05-04 19:37:00.000	√	√	√	√
434598	595365	朱子龙	2024-05-05 09:38:00.000	√	√	√	√
434118	594709	杨帆	2024-05-05 16:48:00.000	√	√	√	√
433171	593400	吴盛	2024-05-06 03:02:00.000	√	√	√	√
433907	594420	俞宁	2024-05-06 23:47:00.000	√	√	√	√

435273	596263	吴盛	2024-05-08 15:41:00.000	√	√	死亡后开具输液材料	√
435210	596171	高晓刚	2024-05-08 23:25:00.000	√	√	√	√
435794	597011	于长申	2024-05-10 15:52:00.000	√	√	√	√
435527	596637	任贺成	2024-05-10 16:00:00.000	√	√	√	√
435228	596190	薛凯	2024-05-12 22:09:00.000	√	√	√	√
435582	596707	洪雁	2024-05-13 22:17:00.000	√	√	√	√
434483	595199	张国斌	2024-05-14 18:56:00.000	√	√	√	√
435471	596541	陆卉	2024-05-16 12:18:00.000	√	√	√	√
436389	597846	吴昊	2024-05-18 08:32:00.000	√	√	死亡后开具多巴胺医嘱	√
414286	596807	李海艳	2024-05-18 13:43:00.000	√	√	√	√
436574	598125	陈悦达	2024-05-18 16:20:00.000	√	√	√	√
435221	596182	吴盛	2024-05-19 14:36:00.000	√	√	√	√
436661	598230	俞宁	2024-05-22 02:42:00.000	√	√	√	√
434489	595207	孙立伟	2024-05-24 09:46:00.000	缺失放弃抢救同意书	√	√	√
426857	598186	杨帆	2024-05-24 16:38:00.000	√	√	√	√
437196	598971	王盼	2024-05-25 02:56:00.000	缺失放弃抢救同意书	√	√	√
437080	598817	刘培培	2024-05-25 04:53:00.000	√	√	√	√
436963	598646	吴盛	2024-05-25 23:14:00.000	√	√	√	√
435572	596697	陈东	2024-05-31 16:27:00.000	√	√	√	√

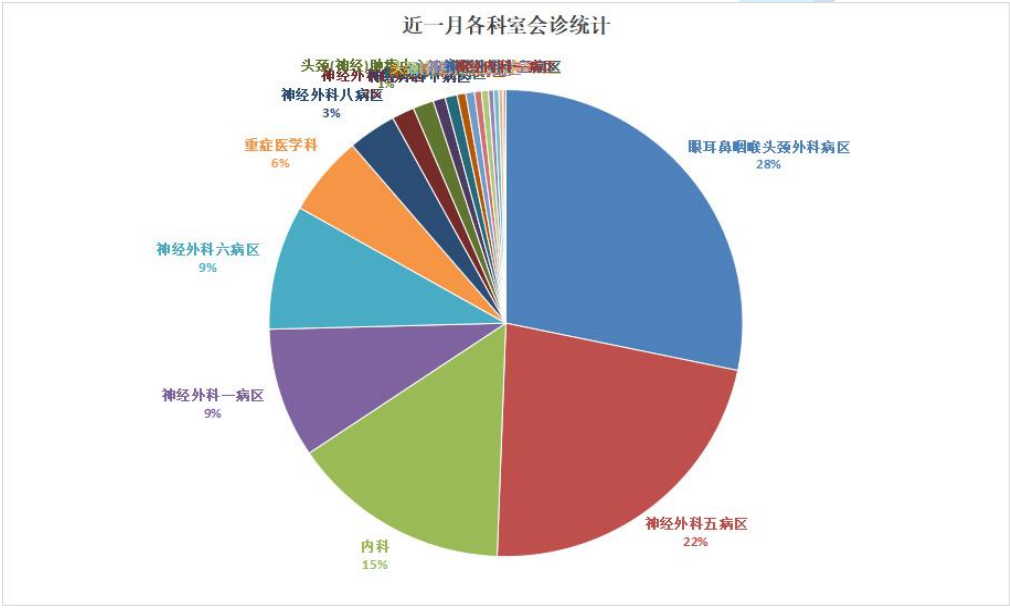
神内一存在患者死亡后开具多巴胺医嘱的情况，扣除责任医师绩效 500 元（吴昊），存在缺失放弃抢救同意书的情况，扣除责任医师绩效 500 元（王盼）。



重症医学科存在患者死亡后开具输液材料的情况，扣除责任医师绩效 500 元（吴盛）。

肿瘤中心一病区存在缺失放弃抢救同意书的情况，扣除责任医师绩效 500 元（孙立伟）。

（三）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：

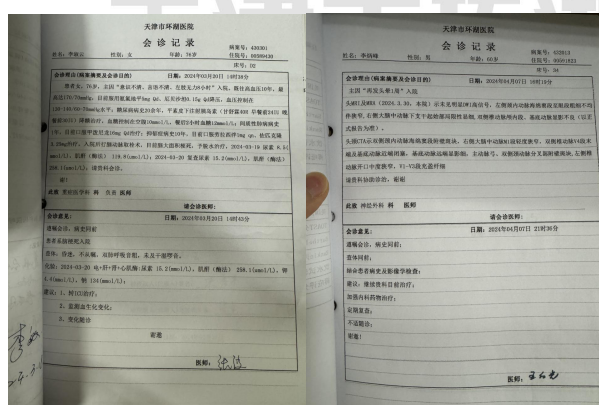


根据科室分布对部分病例进行抽查出，发现问题汇总如下：

科室	会诊记录是否完整	会诊内容是否满足需求
内科	√	√

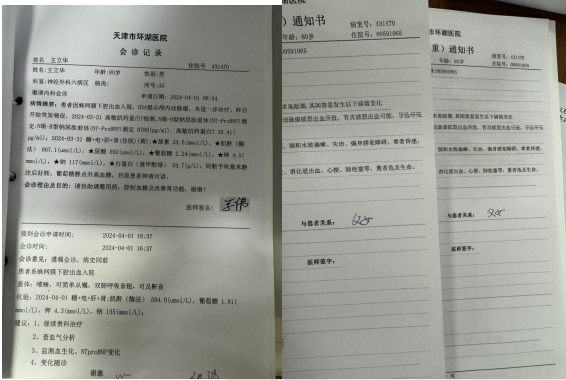
神经内科一病区	请会诊医师未签字（左文超、吴昊）	√
神经内科六病区	√	√
神经内科三病区	电话会诊记录缺失（陈曦）	√
神经内科一病区	√	√
神经外科六病区	请会诊医师签字用印章，且病历存在大量签字缺失（贾强）	√
神经外科八病区	√	√
神经外科九病区	√	√
神经外科六病区	√	√
神经外科十病区	√	√
神经外科九病区	√	会诊医师未回答 会诊主要问题（冯珂珂）
神经外科十二病区	√	√
神经外科十三病区	√	√
神经外科十一病区	√	√
神经外科四病区	√	√
神经外科五病区	√	√
神经外科一病区	√	√
头颈(神经)肿瘤中心二病区	√	√
头颈(神经)肿瘤中心一病区	√	√
眼耳鼻咽喉头颈外科病区	√	√
中医科病区	√	√
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）

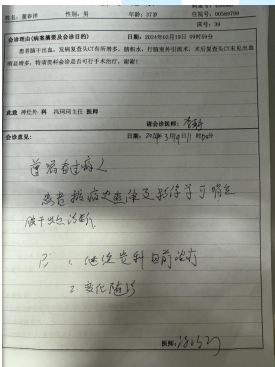


神经内科三病区请电话会诊，未进行记录，扣除责任医师绩效 500 元（陈曦）

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）



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）。



（四）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，本周重点进行外科系统督查，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
神外一	√	√	√
神外二	√	√	√
神外三	少近半年讨论记录	√	√
神外四	√	√	√
神外五	√	√	√
神外六	√	√	√
神外七	√	√	√
神外八	√	少签字	少签字

神外九	少近半年讨论记录	√	√
神外十	讨论内容过于简略	√	√
神外十二	少近半年讨论记录	√	√
眼耳鼻喉	√	√	√
ICU	√	√	√

目前大多数科室正在全力完善讨论内容，基本齐全，部分存在签字不全的情况，同时医务科指导科室进行质量安全手册的书写记录，重点指导科室相关目录制定和调整，保障各项讨论记录齐全完善。

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，医务科将会同质控办等相关科室全力帮助临床科室做好迎检准备。



（数据来源：医务科）

二、病案质控分析

6 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
神外一	杨帆	15	0	93.63
	张昕	11	0	93.73
	陈东	5	0	93.50
	曹德晨	4	0	93.63
	王红光	8	0	93.50
	路剑	3	0	93.17
神外二	张国斌	15	0	93.43
	陈悦达	3	0	92.33
	李爱林	11	0	93.18
神外三	张延铭	7	0	92.93
	马越	10	0	93.80
	薛凯	10	0	93.55
神外四	任贺成	15	0	92.03
	马琳	15	0	92.23
	李冰	8	0	92.94
神外五	王虎	8	0	92.56
	尚彦国	15	1	92.20
	施铭岗	12	0	92.29
神外六	王世波	15	1	93.83
	贾强	15	0	93.70
	李旭东	15	0	93.37
神外七	陈步东	7	0	93.79
	洪健	10	0	93.90
	卓杰	14	0	91.79
神外八	李庆国	14	1	92.86
	蒲珂	14	1	92.50
神外九	王宏	11	0	92.77
	冯珂珂	7	0	92.36
	贺中正	3	0	92.50
	尹绍雅	9	0	92.11
神外十	池京阳	13	0	93.65
	刘清军	14	0	93.29
神外十一	陆达	15	0	93.57
	潘思虎	13	0	93.65
	魏铭	3	0	93.83
神外十二	杜春发	8	1	93.38

	汤锋武	9	0	93.33
	翟鹏飞	4	0	92.75
神外十三	梁思泉	15	0	94.13
肿瘤中心一	孙立伟	15	0	94.23
	丛征	6	0	94.58
	王国开	15	0	94.97
肿瘤中心二	郭阳	15	0	94.5
	宋彬	15	0	94.67
	王亚红	15	1	93.63
眼耳鼻咽喉	杭伟	16	0	94.53
	翟翔	15	0	93.63
	印志娴	15	0	94.87
外科	韩艳庆	6	0	94.92
	王斌	8	0	93.63
	戴海龙	6	0	93.75
外科合计		550	6	93.40
神内一	陆卉	15	0	94.97
	王盼	16	0	94.78
	吴昊	16	0	94.88
神内二	李玉旺	15	0	94.47
	秦洁	15	0	93.87
	朱子龙	15	0	94.53
神内三	张淼	15	0	94.83
	李攀	15	0	94.83
	王艳	15	0	94.93
神内四	陈岩	15	0	93.93
	张辰昊	15	0	94.20
	李霞	15	0	94.43
神内五	洪雁	15	1	94.30
	俞宁	15	0	94.33
神内六	李清云	15	0	94.93
	邹永明	15	0	94.97
神内七	张雅静	15	0	94.23
	相蕾	15	0	94.30
	杨云	15	0	94.17
内科	崔悦	15	0	94.97
	高晓刚	15	0	94.83
神内八	王巍	15	0	94.57
	陈荣杰	15	0	94.17
神内九	于长申	15	0	94.43
	刘培培	15	0	94.77
	侯东哲	15	0	94.30
重症	吴盛	15	0	94.27

中医	郑娜	15	0	94.80
	田珍	15	0	94.80
内科合计		437	1	94.54
全院各项总和		987	7	



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（6月份）

2024年6月20-21日医院等级评审后，护理部对检查中存在问题及专家建议进行汇总，并制定改进措施，具体如下：

一、检查重点内容

（一）查看护理部管理资料

（二）现场检查：

1. 抽检神经外科三病区、神经内科九病区、重症医学科、手术室、消毒供应中心
2. 查阅科室管理资料：科室质控工作、科室排班、患者满意度、护士满意度、护理绩效、护理不良事件及指标管理、责任制整体护理落实
3. 护理操作：PDA使用、除颤仪使用
4. 护理人员访谈：共访谈护理人员29人



二、存在问题及改进措施

不达标项	存在问题	改进措施
护理管理	未实行三级护理管理体系	逐步完善护理管理框架

人员配置	重症医学科、急诊科床护比 未达标	增加人员配置，保证危重 患者护理安全
------	---------------------	-----------------------

三、根据专家建议设立整改清单

专家建议	工作目标
1. 培训应有效果评价	本月完成，将培训细化为签到-培训-考核-评分-评价流程，形成闭环管理
2. 一级护理质控分析需找出问题关键点，再制定改进目标	本周完成
3. 对“三管”感染等指标分析时建议使用管理工具对指标进行分析	本月完成，对护理质量指标分析时运用查检表、柏拉图、雷达图等管理工具，持续质量改进
4. 排班细化护士信息和岗位设置	7月初完成，全院统一化维护至移动护理系统
5. 增加护士满意度调查，倾听护士心声，不断提升护士满意度	7月份完成，每季度运用小程序、问卷星等形式对护士满意度进行调查
6. 根据专科特色，借鉴重症护理记录，整合一般护理记录单及其他病情相关记录表，使患者护理记录更系统化	7月份完成，与临床科室进行沟通，优化护理记录模版
7. 医嘱执行时间应为实际进行治疗护理时间，不应为护士确认医嘱时间	与信息科沟通，完善HIS系统和移动护理系统的对接，进行数据实时采集

（数据来源：护理部）

四、医院感染数据分析

2024 年 6 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	1				1						0.41		100
神经内科二病区	5		4		1						2.58		100
神经内科三病区	5		2		3						2.38		100
神经内科四病区													
神经内科五病区	1		1								0.52		100
神经内科六病区													
神经内科七病区	1		1								0.53		100
神经内科八病区													
神经内科九病区	5		5								2.39		100
内科病区													
重症医学科	1				1						3.13		100
神经外科一病区	2				1	1					1.96		100
神经外科二病区	4				2	2					4.88		100
神经外科三病区	2								2		3.51		100
神经外科四病区	3				3						2.38		100
神经外科五病区	2		1			1					2.86		100
神经外科六病区	2		2								1.05		100
神经外科七病区	4		1						3		7.14		100
神经外科八病区	3		1		1				1		3.90		100
神经外科九病区	1				1						1.67		100
神经外科十病区													
神经外科十一病区	2		2								1.42		100
神经外科十二病区	3		1		2						6.38		100
神经外科十三病区	2		2										
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	49	0	23	0	16	4	0	0	6	0	1.28	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 06 月

全院抗菌药物使用情况通报

2024 年 05 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	

5 月住院患者抗菌药物使用率为 18.67%，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：10.96%、30.58%。其中使用率位列前 3 位的病区为：**B9 神外九病区、B7 神外七病区、神外十二病区**。请外科关注围术期合理使用抗菌药。5 月住院患者抗菌药物使用强度为 38.11，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：14.99、55.20。抗菌药物使用强度位列前 5 位的病区为：**重症医学科、B2 神外二病区、B11 神外三病区、B7 神外七病区、B4 眼耳鼻喉头颈外科**。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，以上科室重点关注。

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	23.92%	69.54	B9 神外九	75.61%	62.19
B2 神外二	46.34%	95.57	B12 神外十	42.48%	63.22
B3 神外四	22.56%	25.01	B11 神外三	62.12%	91.84
B5 神外五	14.59%	26.61	A1 神外十一	27.78%	38.08
B6 神外六	8.33%	32.47	神外十二	65.22%	74.98
B7 神外七	72.29%	81.59	神外十三	21.77%	34.33
B8 神外八	21.50%	40.57	神外平均	30.58%	55.20

神内病区	使用率%	使用强度
A12 神内一	15.94%	23.80
A3 神内二	6.31%	8.29
A2 神内三	9.48%	20.54
A4 神内四	7.14%	6.96
A6 神内五	27.50%	32.49
A15 神内六	1.52%	1.69
A11 神内七	13.36%	12.72
A14 神内八	2.68%	2.31
A13 神内九	14.48%	23.14
神内平均	10.96%	14.99

其他病区	使用率%	使用强度
肿瘤一	3.98%	21.81
肿瘤二	5.07%	2.00
B4 眼耳鼻喉	16.39%	80.25
ICU 重症	57.98%	327.91
B10 外科	7.92%	24.18
A8 内科	10.91%	34.24
A9 中医	13.56%	26.01
—		
全院病区平均	18.67%	38.11



2024年05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 5 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	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)	19	8	42.11%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	7	87.50%	7	0	0
神外二 (B2)	20	16	80.00%	2	2	100.00%	0	0	0.00%	0	18	100.00%	18	0	1
神外四 (B3)	21	15	71.43%	0	0	0.00%	1	0	0.00%	0	14	93.33%	14	0	0
神外五 (B5)	16	14	87.50%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	11	78.57%	11	0	0
神外六 (B6)	7	2	28.57%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	1	50.00%	1	0	0
神外七 (B7)	30	20	66.67%	2	2	100.00%	0	0	0.00%	0	21	95.45%	21	0	4
神外八 (B8)	7	2	28.57%	1	1	100.00%	0	0	0.00%	0	3	100.00%	2	0	3
神外九 (B9)	41	37	90.24%	2	2	100.00%	0	0	0.00%	0	38	97.44%	38	0	8
神外十 (B12)	24	22	91.67%	8	8	100.00%	0	0	0.00%	0	21	70.00%	5	0	17
神外三 (B10B11)	15	8	53.33%	21	20	95.24%	0	0	0.00%	0	25	89.29%	24	0	9
神外十一 (B4)	9	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0
神外 12 (骨柱)	21	16	76.19%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	16	100.00%	16	0	0
神外 13 (cannal)	11	10	90.91%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	10	100.00%	10	0	8
B10 外科	1	1	100.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%	0	1	100.00%	1	0	0
ICU	14	3	21.43%	1	0	0.00%	1	0	0.00%	0	3	100.00%	3	0	0
耳鼻喉 (B4)	0	0	0.00%	6	1	16.67%	35	30	85.71%	0	0	0.00%	0	0	0
合计	256	174	67.97%	43	36	83.72%	34	2	5.88%	0	189	89.15%	171	0	50
汇总	手术总例数：333 例 预防用药使用例数：212 例 预防用药总使用率：63.66%														

(数据来源：药学简报)

六、输血质量分析

2024 年 6 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	400.0				
头颈(神经)肿瘤中心二病区	300					4.0
神经外科一病区	5200	1,200.0	6620	120.0	3510	3.0
急诊神经内科	400		200		180	
急诊神经外科	9800	1,400.0	6300	840.0	4340	
神经外科二病区	3600	700.0	2470		2550	
内科	800				400	
神经外科七病区	1200	800.0	850		1120	
神经外科八病区	4100	300.0	2570	600.0	2710	
神经外科九病区	400		300	120.0	380	5.0
神经外科四病区	1100		1310	120.0	200	
神经外科五病区	3100	400.0	9420	1,560.0	7270	
神经外科十病区	1800	700.0	330	480.0	1980	
神经内科七病区	400					
神经外科三病区	4000	400.0	2310	360.0	1680	
神经外科十二病区	1100		600		600	
眼耳鼻咽喉头颈外科病区	1500		420		1510	
重症医学科	1600		150	720.0	830	5.0
外科	1000					
合计:	43300	6,300.0	33850	4,920.0	29260	17.0

(数据来源: 检验科、医务科)

第四部分 质量管理小知识

甘特图

甘特图（Gantt chart）又称为横道图、条状图（Bar chart），主要用来显示项目、进度和其他时间相关的系统进展的内在关系，以及项目随着时间进展的情况；它以作业顺序为目的，是最早尝试将活动与时间联系起来的工具之一，帮助企业描述工作中心、超时工作等资源的使用。

甘特图通过活动列表和时间刻度表示出特定项目的顺序与持续时间。一条线条图，横轴表示时间，纵轴表示项目，线条表示期间计划和实际完成情况。直观表明计划何时进行，进展与要求的对比。便于管理者弄清项目的剩余任务，评估工作进度。

甘特图						
	作业内容关联性分析	差距分析	一月	二月	三月	四月
任务一	1.***	1***	计划			
	2.***	2.***	实际			
任务二	3.***	1.***				
		2.***				
任务三	4.***					