

神经外科监护病房危重护理记录单书写中的缺陷原因分析与改进措施

程晓利*, 谭彬彬, 李翠红#

陆军军医大学第一附属医院神经外科, 重庆

收稿日期: 2025年8月4日; 录用日期: 2025年8月29日; 发布日期: 2025年9月9日

摘要

目的: 查找分析有缺陷的神经外科危重护理记录单存在的原因, 提出相应的改进措施。方法: 随机抽取2024年6月~2025年5月神经外科重症监护室危重病历500份(在院病历385份, 归档电子病历115份), 成立护理电子病历调查小组, 依据《护理文书书写规范》对护理记录单进行质控, 查找并汇总分析缺陷。针对存在的缺陷分析原因, 根据原因制定相应的改进措施。数据采用Excel整理, SPSS 26.0进行统计学描述。结果: 500份病历中共128份护理记录存在缺陷, 占比25.6%。主要缺陷类型包括: 记录内容不完整/漏项(32.81%)、记录不规范(16.40%)、无动态记录/记录无连续性(15.62%)、医护记录不一致(14.84%)、记录内容不客观(10.93%)、未按实际要求记录/不准确(9.37%)。结论: 定期对护理病历书写质量进行分析, 持续关注可能出现的新问题, 不断优化改进措施, 巩固和提升护理病历书写质量成果。

关键词

电子护理病历, 管理, 书写缺陷, 改进措施

Analysis of the Causes of Defects in Critical Care Record Documentation in Neurosurgery Intensive Care Units and Improvement Measures

Xiaoli Cheng*, Binbin Tan, Cuihong Li#

Department of Neurosurgery, The First Hospital Affiliated to Army Medical University, Chongqing

Received: Aug. 4th, 2025; accepted: Aug. 29th, 2025; published: Sep. 9th, 2025

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 程晓利, 谭彬彬, 李翠红. 神经外科监护病房危重护理记录单书写中的缺陷原因分析与改进措施[J]. 护理学, 2025, 14(9): 1583-1589. DOI: 10.12677/ns.2025.149210

Abstract

Objective: To identify and analyze the causes of defects in critical care records in neurosurgery departments and propose corresponding improvement measures. **Methods:** A total of 500 critical care medical records from the neurosurgery intensive care unit from June 2024 to May 2025 were randomly selected (385 active records, 115 archived electronic records). A nursing electronic medical record investigation team was established to audit nursing records according to the Nursing Documentation Writing Standards, identifying and summarizing defects. Causes of identified defects were analyzed, and targeted improvement measures were formulated based on these causes. Data were organized using Excel and statistically described using SPSS 26.0. **Results:** Among the 500 records, 128 (25.6%) exhibited documentation defects. Primary defect categories included: incomplete/omitted entries (32.81%), non-standard documentation (16.40%), absence of dynamic/continuous recording (15.62%), inconsistencies between medical and nursing records (14.84%), non-objective documentation (10.93%), and non-compliant/inaccurate recording (9.37%). **Conclusion:** Regularly analyzing the quality of nursing documentation, continuously monitoring emerging issues, optimizing improvement strategies, and consolidating and enhancing gains in documentation quality are essential.

Keywords

Electronic Nursing Medical Records, Management, Documentation Defects, Improvement Measures

Copyright © 2025 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

护理病历是护士对患者进行病情观察、实施护理措施的客观原始记录，也是医疗事故鉴定的重要依据，更是保护医护人员与病人的合法权益的有效保障。作为现代化医疗重要体现的电子病历组成部分，护理病历书写质量也是衡量医疗护理质量的标准之一[1]。因此，护理病历书写质量控制是护理质控管理工作的重要组成部分[2][3]。研究显示[4]，近年来因护理文书书写质量较低而引发的医疗事故、医疗纠纷在逐渐增多。其中护理过程记录不及时、提前记录、漏记、误记等给相关的医疗工作带来严重的误导。神经外科监护室(neurological intensive care unit, NICU)是新兴的亚专业重症学科科室，其收治的患者大多起病急、病情重、变化快，致死率和致残率高[5]。神经外科四级手术多、手术创伤大、各种治疗护理多、病情危重、对危重护理记录要求高，护理人员工作节奏快、工作强度大，护理病历书写错误风险较高。因此，需深入剖析护理记录缺陷的原因，再通过针对性完善和修正，引导护理人员从失误中总结经验，完成学习与反思，最终实现从源头防范同类问题复发的目标[6]。本研究对既往神经外科监护病房护理病历书写情况进行了调查分析，针对问题提出相应的管理建议和预防措施建议，为规范 NICU 电子病历书写质量、减少相关医疗纠纷提供科学依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

采用回顾性整群抽样方法，随机抽取 2024 年 6 月~2025 年 5 月的神经外科重症监护室危重病历 500

份，其中在院病历 385 份，归档的电子病历 115 份，均为危重护理记录。

2.2. 方法

2.2.1. 成立并培训护理电子病历调查小组

成立由办公护士、质控护士、护士长在内的护理电子病历管理小组，并进行系统培训和学习，根据《病案管理质量控制指标(2021 年版)》[7]《医疗事故处理条例》[8]，确保全员掌握护理记录书写相关要求、质量及规范。查找存在的问题，并逐一汇总分析。

2.2.2. 资料收集

由调查小组对所有护理电子病历进行整理并逐一审查，按照病历书写相关要求，对缺陷病历进行整理，根据调查情况发现以下问题，如护理文书的信息遗漏、护理病历记录漏记、病程记录不一致、与医疗记录不一致、记录与实际临床不符、不良反应记录不详或表述不规范的问题。

针对所有问题进行汇总讨论，总结与归纳缺陷护理病历并进行分类，由小组成员对制度、流程、人员培训和管理等方面分别讨论改进意见。

2.2.3. 资料分析

数据采用 Excel 2022 整理，录入 SPSS 26.0 进行统计学描述，频数采用百分比[n (%)]进行统计描述。

3. 结果

500 份护理记录中有 128 份存在问题，缺陷率占比 25.6%。其中，缺陷类型前三占比分别为：记录内容不完整、漏项(32.81%)；记录不规范(16.40%)；无动态记录、记录无连续性(15.62%)，详见表 1。

Table 1. Distribution of defects in nursing record sheet
表 1. 护理记录单中存在的缺陷分布

缺陷项目	缺陷频次(n)	占缺陷记录比例(%)
记录内容不客观	14	10.93
无动态记录、记录无连续性	20	15.62
记录不规范	21	16.40
未按实际要求记录、不准确	12	9.37
记录内容不完整、漏项	42	32.81
医护记录不一致	19	14.84

4. 讨论

4.1. 护理记录中存在的缺陷现状分析

在本研究随机抽取 NICU 的 500 份危重病历中，128 份护理记录被定义为缺陷，缺陷率为 25.6%。封梅等[3]调查了 ICU 护理文书书写质量缺陷的发生率，约为 39.2%，可能与不同省份护理文书书写规范及医院护理质量管理中的要求与标准不一致有关。调查显示[1]，在低年资护士群体中，“护理文书规范性”的问题占护理文书质控问题的首位，达 41.07%。这可能与不同层级、不同职称护士的岗位胜任力有关[9]，对于文书质控管理者，针对层级低的护士应该尤其关注，加强培训。也有针对内科重症监护室、肝脏重症监护室、心脏重症监护室[10]的调查显示，护理交接班记录缺陷率占比最高，为 21.71%。其次为护理风险评估缺陷率为 19.43%。相比之下，本研究的缺陷率处于中等范围。部分研究缺陷率较低，但仍在现有研究报道的范围内。本研究未对缺陷条目进行进一步细致的分类，如护士年资、是否中夜班、中夜班

频次等，可能是造成这一细微差别的原因。其次，可能采取了更严格的质量控制措施、更完善的护理人员培训体系或更先进的电子病历系统。而一些研究缺陷率较高，可能与样本中包含更多低年资护士书写的记录、科室工作强度更大或对护理记录重视程度不够有关。

4.1.1. 记录内容不客观

本研究中“记录内容不客观”缺陷类型占比 10.93%，有其他研究此缺陷占比 6.03% [11]。主要体现在：我科医嘱及护理记录未见使用降压药，却记录反复调整降压药用量；又如术后危重转运单结束时间比手术日提前两天；再如特殊用药当班已调节速度，病情无异常，接班记录仍复制粘贴为未调整之前的速度；一个班次只有一个时间点记录瞳孔为消失，其余时间点均为灵敏，且无相关病情变化记录；记录约束双上肢，但是无医嘱。

4.1.2. 记录缺乏连续性

与其他研究记录缺乏连续性 9.06%比[11]，本研究占比 15.62%，高于其他研究。主要体现在：转科患者未交代去向；转科、出院患者未再次对生命体征及管道进行记录；灌肠后大便次数未关注；住院期间超过一周未解大便未关注，未报告医生处理；高热患者物理降温后无降温体温，使用冰毯降温何时停止无记录；接班记录痰黏稠，咳嗽反应差，氧饱和度降低，到此后的整个班对吸痰无记录，也未关注呼吸道情况；胃肠减压咖啡色，未报告医生处理；使用降压药如盐酸乌拉地尔注射液，止痛药如洛芬待因缓释片、呕吐药使用：盐酸甲氧氯普胺注射液以及环泊酚注射液镇静药等均未对用药后的效果作连续动态的记录。这要求我们需要投入更多的心思在细节环节的记录，减少遗漏。

4.1.3. 记录不规范

本研究记录不规范占比 16.40%，表现为多种形式，如呼吸机使用记录缺失、输液速度未记录等。在其他研究中，记录不规范也较为常见，不过具体表现形式会因科室差异而有所不同。如在一些内科室，可能更侧重于药物使用记录不规范；而神经外科由于涉及手术、创伤等，记录不规范更多体现在手术相关信息、专科操作记录方面。主要体现在：呼吸机使用、吸氧治疗、高流量湿化治疗后无记录；未记录按医嘱下达输液速度；术中出血量缺记录；深静脉首次置管未记录部位；危急值单位、项目记录错误；泵入胰岛素 24 小时仍在记录，何时输注完毕未记录；复制粘贴上一班记录，引流管已拔除，已停止呼吸机等，但接班仍有记录；行引流管冲洗无原因及冲洗何种管道无记录；行保护性约束，未见记录约束部位；记录头痛无评分，或记录了疼痛分值，却无记录疼痛部位。

4.1.4. 记录不准确、未按实际要求记录

本研究记录不准确、未按实际要求记录占比 9.37%，而有的研究报道此项缺陷占比为 13.66%~27.08% [11]；相较而言，我们的记录不准确率较低，主要体现在：输入血液制品速度与时长不符；口服病人将饮食记录为胃管注入，导致给药途径错误；输注液体未按医嘱备注执行，未见情况说明；正常血压记录描述为舒张压高。记录不准确可能导致医护人员作出错误的判断，从而影响患者的治疗效果和安全，如血压记录不准确可能导致医生误判患者的病情。

4.1.5. 记录内容不完整、漏项

本研究中该缺陷类型占比 32.81%，在各类缺陷中居首位。其他相关研究也常将此类问题列为主要缺陷之一，但占比可能有所不同。有的研究中该比例在 27.47%~35.4%之间波动[11]。这种差异可能源于不同科室患者的病情特点不同。神经外科患者病情复杂，涉及多种生命体征、专科监测指标以及频繁的治疗操作，导致记录内容繁多，更易出现遗漏。我们研究中该项缺陷主要体现在：意识、瞳孔、生命体征、颅内压监测、中心静脉压监测、血糖值、输注液体、每小时尿量、降温体温、药品剂量、气囊压力监测、

胃肠减压量、引流液量、术中出血量、痰液性状等漏记录。内容不完整可能导致医护人员无法全面了解患者的病情和护理情况，进而影响治疗和护理效果，漏记患者的病情变化或异常反应，可能导致医生无法及时发现并处理患者问题。这需要我们警醒并在日后的护理工作中更加注意工作细节把控。

4.1.6. 医护记录不一致

该项缺陷占比为 14.84%，涉及操作时间、病情描述等多方面不一致。有研究报道此项缺陷占比亦为 14.84% [12]，亦有研究在抢救患者等紧急情况下，信息沟通不畅、记录时间不同步等因素易导致该问题 [13]。主要体现在：执行的操作如气管插管、抢救、深静脉置管时间不一致；与病情不相符，导致医护记录意识、瞳孔、肢体活动、生命体征、出入量、尿量、术中出血量、危急值结果、既往史、过敏史、死亡时间等不一致。

4.2. 原因分析

本研究结果显示，神经外科危重护理记录缺陷发生率较高(25.6%)，主要与以下因素有关。

4.2.1. 护士责任心与重视程度不足

部分护士未严格执行书写规范，病情观察不及时、不细致，记录不认真。对存在的护理问题未及时处理或处理未动态记录，导致漏记、不客观、不准确、不及时[7]。

4.2.2. 法律与证据意识淡薄

护士并未对护理记录作为法律证据有足够的认识，法律意识淡薄。临床工作中更侧重解决实际问题，轻视护理文件的规范记录[2]。

4.2.3. 专科知识与能力欠缺

护士对神经外科危重患者专科特点掌握不深，病情观察能力不足，无法突出专科记录要点。依赖复制粘贴上一班记录，与医生沟通不到位，不能客观、连续、动态地反映患者真实情况和护理效果评价[10] [14]，影响记录内涵质量。

4.2.4. 医护沟通协作不畅

当医护观察不一致时(如意识状态、瞳孔反应判断差异)，未能及时有效沟通或共同查看患者，导致记录矛盾[4]。

4.2.5. 工作负荷与系统流程因素

NICU 工作节奏快、强度大，护士在高压下易出现记录疏漏。信息系统卡顿、终端设备不足或操作不便、服务器容量限制等，也可能影响记录的及时性和准确性[15] [16]。

4.3. 缺陷防范措施

4.3.1. 强化培训与意识提升

定期组织护理文书书写规范、神经外科专科知识与观察要点、常见药物作用及记录要求的培训。强化全科护理人员对电子病历记录的重视程度，同时通过制度的建设、责任制度的实施让护理人员严格按照标准和规范记录电子病历[15]。科室应加强护士专科培训，增加查房、床旁疾病查体以及疑难病例护理讨论频率，使护士掌握本专科疾病临床症状与体征、治疗方法、护理观察要点及并发症预防措施等。

4.3.2. 加强质控体系

严格推行病情护理记录单的三级质控(责任护士、文书组长、护士长)，可有效提升护理病历质量[17]。

作为护理文书质量控制的首要负责者,责任护士在撰写护理文书时,需做到“一看、二问、三动笔、四审阅”[18]。

4.3.3. 加强法律知识学习,提高护理人员的法律证据意识

根据《医疗事故处理条例》[8]与《病历书写基本规范》,病人就医时有知情权、监督权。护理记录书写应遵循科学、及时、真实、完整及与医疗文件同步的原则,禁止出现错记、漏记、主观编造、涂改删除、随意篡改、资料丢失等情况,同时需着重保证记录简明、病情描述精准、内容客观、层次分明、及时清晰且突出重点。基于此,必须严格规范护理记录书写要求,强化护士自我保护意识,提升其法律认知与证据意识,从而减少不必要的医疗纠纷。

4.3.4. 促进医护协作与沟通

建立有效的沟通机制,注意医护间的信息沟通,及时准确报告患者信息,确保医护之间病情信息的准确传递。

4.3.5. 优化系统

医院应根据医护人员反馈的问题和终端设备的使用数量,采取隔几年优化信息系统功能,包括升级网络服务器容量等。为维持电子病历系统运行速度,技术人员应不定期走访科室进行设备养护,助力一线人员迅速进入书写界面,实时记录病情动态。

5. 结论

在临床护理工作开展过程中,多种原因常致使护理病历书写出现主观编造、记录失误,或发现漏记后补充修改等情况。但当医疗纠纷进入司法程序时,法院会委托鉴定机构核查病历首次与末次生成时间、修改及删除的时间和内容、执行修改删除操作的医务人员姓名,以及病历质控状况等;若鉴定确认存在问题,医疗机构需承担相应不利的法律责任[19]。护理记录是护理过程中一个重要的环节,是体现护理安全产生高质量的护理效果,所以护理人员应该重视护理记录书写,保证记录的客观性、准确性、及时性和完整性。同时,质控组应该加强对护理记录的监督和检查,对出现的问题不断优化改进措施,提升护理记录的书写,共同确保医疗安全和质量,维护护患双方的合法权益。

6. 局限性

本研究为回顾性单中心研究,样本来源相对单一,可能无法适用一些基层单位;未来研究可通过多中心、多地域、多级别医院联合研究,以提高研究结果的普适性。此外,回顾性研究整群抽样方法和单纯的病历审查方式,可能存在一定的主观性;审查过程中,不同审查人员对《护理文书书写规范》的理解和掌握程度可能存在差异,导致对缺陷的判断不够准确。且这种方法难以深入探究护理记录缺陷产生的深层次原因。后续研究可结合质性研究方法,如访谈护理人员、医生和患者等,从多维度深入了解护理记录缺陷产生的机制。

参考文献

- [1] 谭学增,王芹,谢丹婷,等.全员参与护理文书管理在重症监护室低年资护士中的应用[J].中国病案,2023,24(9):27-29.
- [2] 张致萍,刘秀芳.护理记录中潜在的法律风险及对策[J].西部中医药,2018,31(11):118-120.
- [3] 封梅,陈梅雪,林清然,等.PDCA循环管理法提高ICU护理文书书写质量的效果观察[J].循证护理,2022,8(11):1553-1556.
- [4] 栾贝贝,汤玉霞,俞士卉,等.DMAIC模式在提升新护士护理文书质量和核心能力中的应用[J].护理实践与研究

- 究, 2021, 18(11): 1698-1701.
- [5] 崔秀平. 品管圈在神经外科护理质量持续改进中的临床应用效果[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(21): 3831-3832.
- [6] 陈传凤, 岳莎. 根因分析法在降低护理文书缺陷率中的应用研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(1): 184-185.
- [7] 中华人民共和国中央人民政府. 国家卫生健康委办公厅关于印发病案管理质量控制指标(2021 年版)的通知[EB/OL]. 2021-01-15. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-01/21/content_5581629.htm, 2024-08-10.
- [8] 中华人民共和国中央人民政府. 中华人民共和国国务院令. 医疗事故处理条例(2002)第 15 号[EB/OL]. 2002-04-04. https://www.gov.cn/gongbao/content/2002/content_61445.htm, 2024-08-10.
- [9] 马冬梅. 某三级综合医院护士岗位胜任力现状调查及其影响因素分析[J]. 世界临床医学, 2019, 13(4): 335-336.
- [10] 王丹丹, 贺文静, 周华, 等. 重症护理文书智能化闭环质控系统设计与应用[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(7): 22-26.
- [11] 王巧. 重症监护病房护理记录的质量缺陷现状及影响因素的混合方法研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [12] 冯飞, 曾洁仪, 谢施施, 等. 品管圈活动降低 ICU 电子护理记录单记录缺陷的效果观察[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(1): 152-155.
- [13] 丁虹, 陈瑜, 杨彬. 护理记录缺陷分析在急诊病房护理质量控制中的应用[J]. 中国病案, 2022, 23(10): 12-14.
- [14] 谭秋荣. 护理文书质量缺陷的调查与分析[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(20): 12-14.
- [15] 曲春燕, 关毅, 杨锦锋, 等. 中文电子病历命名实体标注语料库构建[J]. 高技术通讯, 2015, 25(2): 143-150.
- [16] 蒋志鹏, 赵芳芳, 关毅, 等. 面向中文电子病历的词法语料标注研究[J]. 高技术通讯, 2014, 24(6): 609-615.
- [17] 高燕萍, 梁淑华, 董金燕, 等. 三级质量控制法在护理病历质量管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(21): 99-100.
- [18] 王庆珍, 韩丽军, 典慧娟. 住院病历电子护理文书内涵质量的分析与对策[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(22): 60-63.
- [19] 李进, 刘卫东. 浅谈《民法典》对电子病历的影响[J]. 中国卫生法制, 2022, 30(5): 20-24+70.