

· 论 著 ·

35 例非计划再次手术原因分析与对策探讨

阎利,施方也,杨昌平,王伟国

[摘要] 目的 探讨非计划再次手术原因,做好医院非计划再次手术管理,提高医疗安全。方法 收集某院近 2 年 35 例非计划再次手术案例,对非计划再手术原因进行回顾性分析,同时考察其科室分布及与手术等级的关系。结果 非计划再手术发生率为 1.08%,主要在骨科,其发生与手术难度有关,其中术后感染、术后再出血、术后组织坏死、血管危象和植入物松动、脱位等为非计划再手术发生的主要原因。结论 要严格落实手术分级准入制和手术安全核查制度,加强术前风险评估和术后监管,加强医务人员专业化培训,减少和避免非计划再次手术的发生。

[关键词] 非计划再次手术;原因分析;对策探讨

[中图分类号] R197.32 [文献标志码] A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2015.01.017

Cause analysis and countermeasures on the non-planned reoperation (35 cases)

YAN Li, SHI Fang-ye, YANG Chang-ping, WANG Wei-guo. Medical Service Divison of 117 Hospital of PLA, Hangzhou, Zhejiang 310004, China

[Abstract] Objective To analysis the causes for the non-planned reoperation, strengthen the operation quality management and ensure medical safety. Methods To collect the clinical data of 35 non-planned reoperation cases happened in recent 2 years, the causes of them were retrospectively analyzed. The department distribution and surgical grade of above occurrence were also investigated. Results The incidence of non-planned reoperation in the hospital was 1.08%, mostly distributed in the department of orthopedics and related to the difficulty of operations. The main reasons for non-planned reoperation were postoperative infection, postoperative bleeding, postoperative tissue necrosis, vascular crisis or implant loosening and dislocation. Conclusion Strictly implement the operation grading access system & operation security verification system, strengthen the preoperative risk assessment and postoperative supervision, improve the supervision of operation quality security via strengthening the professional trainings for medical personnel as well as other aspects, reduce and avoid unplanned reoperation occurrence.

[Key words] non-planned reoperation; cause analysis; countermeasures

非计划再次手术是指在同次住院期间,住院患者因先前的手术所导致的并发症或是其他不良的结果而重返手术室,可能因手术技术、麻醉或感染控制等问题而产生^[1]。收集我院 35 例非计划再次手术病例资料,本文针对再次手术案例进行统计、回顾性分析,旨在质量改进,提高医疗安全。

1 一般资料

2012 年 1 月 - 2014 年 3 月我院共开展手术 32370 例,其中非计划再次手术报告病例 35 例,发生率 1.08%。患者男 23 例,占 65.71%,女 12 例,占 34.29%;年龄 6 ~ 89 岁,平均 47 岁。

2 结果

2.1 非计划再次手术科室分布情况 35 例非计划

再次手术涉及 5 个科室。按发生例数统计,前 3 位是骨科 22 例,神经外科 4 例,泌尿外科 3 例。按本科室发生率统计,前 3 位是神经外科(7.19%)、骨科(2.98%)、泌尿外科(1.50%)。见表 1。

表 1 非计划再次手术发生率

科室	手术总量	发生例数	发生率(%)
骨科	8388	25	2.98
神经外科	556	4	7.19
泌尿外科	2002	3	1.50
肛肠外科	2438	2	0.82
普通外科	1883	1	0.53

2.2 原始手术等级与非计划再次手术相关性分析 35 例非计划再次手术原始手术中有四级手术 6 例,占同期所有四级手术 2.99%,三级手术 19 例,占同期三级手术的 1.97%,二级手术 10 例,占同期二级手术的 1.08%,无一级手术。其中,三级、四级手术

作者单位: 310004 浙江杭州,解放军 117 医院医务处
通讯作者: 王伟国, E-mail: wangwg117@163.com

所占比例高于一级、二级手术。三级、四级手术难度大、复杂性强,发生几率高,治疗时病情已有延误及并发症的出现,增加了手术治疗难度^[2]。

2.3 非计划再次手术原因构成分析 经过查阅相关病历,询问主管医生,具体分析后得出,非计划再次手术原因:术后感染 8 例,占 22.86%,术后出血 6 例,占 17.14%,组织坏死 6 例,占 17.14%,术后血管危象 5 例,占 14.29%,其他原因还有术后切口裂开、植入材料松动脱位、术中探查不彻底、术中操作不当等。见表 2。

表 2 非计划再次手术发生原因构成		
非计划再次手术原因	发生例数	构成比(%)
术后感染	8	22.86
术后再出血	6	17.14
术后组织坏死	6	17.14
血管危象	5	14.29
术中操作不当	2	5.71
切口问题	1	2.86
植入物松动、脱位	3	8.57
术后再骨折	1	2.86
术中探查不彻底	1	2.86
未达到应有效果	2	5.71

2.4 非计划再次手术患者转归情况 35 例非计划再次手术患者转归结果,治愈 26 例(74.29%),好转 6 例(17.14%),无效(死亡)1 例(2.86%),其他(如自动出院等)2 例(5.71%)。本组非计划再次手术的治愈好转率为 91.43%,比陆叶珍等^[3]治愈好转率 99.2% 低。

3 讨 论

3.1 非计划再次手术的原因分析

3.1.1 与手术等级有关^[4] 手术难度大,手术并发症的发生几率高,有的病例治疗时病情已延误,增加了手术治疗难度。

3.1.2 与患者心理预期有关 我院为创伤急救医院,创伤急救患者较多,断指、断肢再植手术多,而断指、断肢患者的心理预期均为保肢、保指,我院 2012 年 1 月-2014 年 3 月共开展断指、断肢手术 88 例,其中非计划再次手术 6 例。

3.1.3 术前准备不充分、术后管理不到位 如术前血压控制不稳定、肺功能不佳即行手术,术后未采取有关措施导致切口裂开,术后感染管理不达标导致伤口感染等。

3.1.4 术中操作不仔细、不彻底,定位不准 如手

术时输尿管断裂,螺钉安放的位置不佳,复位时对线不佳,术中止血不彻底等。再比如有些肿瘤手术患者手术方式选择不当,切除范围过小,部分病例出现癌细胞残留导致非计划再次手术^[5]。

3.1.5 患者自身条件因素 该组患者中 40 岁以上人员占 65.71%,老年病例占 17.14%,主要是因为 40 岁以上的人群基础疾病增多,身体状况变差,自身免疫力降低,术后的伤口愈合能力降低,容易发生非计划再次手术^[6]。

3.2 预防和控制非计划再次手术发生的对策探讨

3.2.1 加强手术分级管理制度落实,严格实行手术分级准入制度 非计划再次手术好发于三级、四级等技术难度大、手术过程复杂、风险大的各种手术中,因此,加强高等级手术的管理对避免非计划再次手术至关重要。医院要严格落实手术分级管理制度^[7],对重大、特殊病例(包括所有高龄手术病例)手术必须经科内、院内术前讨论并详细记录,根据讨论情况,填写《重大手术审批单》,科主任签署意见后报医务处审核,由业务副院长或院长审批。手术分级实行考核动态管理,根据医生专业技术职称的变动、手术项目分级的变动以及对手术医师的考核情况等对医师准入手术进行动态调整。

3.2.2 完善术前准备,加强风险评估、安全核查制度落实 要完善术前检查,若有基础疾病的需积极治疗基础疾病,使之达到疾病稳定后再手术,尽量避免基础疾病对手术造成负面的影响。多组织科室讨论、科间会诊,科学客观地评估患者手术前的状态,全方位考虑患者个体差异,并及时根据患者病情制定手术方案,保障患者生命安全^[8]。加强手术风险评估制度落实,从临床诊断、手术指征、手术风险、手术切口清洁度、麻醉分级、手术预计时间等进行综合评价,对评价结果及时与患者或授权人沟通,依照评估结果制定出合理、有效的治疗方案,做好告知告知,签署知情同意书。

3.2.3 加强知情告知制度的落实 统计的 35 例非计划再次手术中三级、四级手术占了大部分比重,而我院属于创伤性急救特色医院,断指、断肢再植手术所占比例较其他手术大,而该类患者的心理预期较高,但手术成功并不意味着断指、断肢一定能够存活,现实与患者理想有一定差距。该类患者中非计划再次手术发生率高,医疗纠纷、投诉的发生率也较高。因此,术前不仅要患者的病情做全面评估,更要对患者的心理耐受系统评估,加强知情告知制度的落实,告知要全面、规范,做到术前必告知,告知必签字。

3.2.4 加强医务人员的专业化培训、考核 医务人员的技术操作水平直接决定了手术的成功与否,上报的 35 例非计划再次手术案例中,不少是因为医生在手术操作过程中失误造成,个别是因为手术熟练程度不够引起,例如手术失误造成输尿管断裂,植入材料位置放偏,定位不准确等。因此,要在加强医务人员的技能水平上下功夫。定期开展专题讲座并考核,组织专业技能培训,加强技术操作训练,对新入的医务人员加强规范化培训,培训后考核,考核合格后再予以准入资格。

3.2.5 加强术后监管 术后监管对患者的手术成功、彻底康复具有至关重要的作用,因为术后监管不到位引起的非计划再次手术案例也不少。因此,一方面要加强对患者的术后医护监管,严格落实术后访视制度,从调整医疗方案加强护理干预着手,预防术后感染、避免患者跌倒、坠床等意外事件发生。另一方面,要加强对家属的护理宣教,避免患者因翻身、咳嗽等导致伤口裂开,积极进行康复训练,以利于患者康复。

综上所述,我们应从完善非计划再次手术的监管上下功夫。一方面,医院应加强手术分级管理制度、术前风险评估制度、手术安全核查制度、手术分级准入制度的落实,加强术中、术后监管,加大对医务人员的专业化培训考核力度,从根本上降低非计划再次手术发生率。另一方面,非计划再次手术病例是医疗纠纷的高发群体,一旦发生非计划再次手术必须高度重视。目前我院实行了非计划再次手术

登记报告制度,但仍有部分科室因为个别原因没有及时上报,甚至也有漏报、少报的情况,导致医院管理被动。医院要完善非计划再次手术上报管理制度,凡非计划再次手术病例,必须报科主任、医务处、分管院长,落实再次手术全院讨论和多学科会诊制度,加强医院层面对非计划再次手术的指导、管控。另外,要积极探索非计划再次手术信息化监控系统,实时监控可以随时掌握医院非计划再次手术情况。

【参考文献】

[1] 许 峰,马谢民,朱志峰. 非计划再手术医疗质量评价指标的研究[J]. 中国医药科学,2011,12(1):17-19.
[2] 王筱慧,肖立宁,鞠金涛,等. 某医院非计划二次手术临床分析[J]. 解放军医院管理杂志,2010,10(17):959-961.
[3] 陆叶珍,余 华,杨 燕. 关于加强非计划再次手术监管的探讨[J]. 中国医院管理,2012,32(4):32-33.
[4] 李 晓,刘 兵,孟 克. 我院 76 例非计划再次手术监测分析与评价[J]. 中日友好医院学报,2012,26(6):369-371.
[5] 王晨光,刘永平,张鹏程,等. 甲状腺癌再手术相关问题的探讨[J]. 东南国防医药,2010,12(5):404-405.
[6] 李军英. 某院 2012 年非计划再手术病例分析[J]. 中国病案,2013,14(9):60-61.
[7] 倪 俊,顾海峰,许献荣,等. 烧伤外科非计划再手术发生的危险因素分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(8):725-727.
[8] 刘虎子. 心外科直视手术后非计划再次手术分析[J]. 临床医药实践,2013,22(12):910-912.

(收稿日期:2014-11-05;修回日期:2014-12-05)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)

(上接第 50 页)

[5] Marqolin DJ. Endoscopy-assisted laparoscopic resection of gtric heterotopic pancreas[J]. AM Surg,2008,74(12):829-831.
[6] 宋海珊,何天霖,刘 浩,等. 异位胰腺的外科诊治[J]. 肝胆胰外科杂志,2008,20(4):271-272.
[7] Gurocak B,Gokturk HS,Kayacetin S,et al. A rare case of heterotopic pancreas in the stomach which caused closed perforation[J]. Neth J Med,2009,67(7):285-287.
[8] Kim JH,Lim JS, Lee YC, et al. Endosonographic features of gastric Ectopic pancreases distinguishable from mesenchymal tumors[J]. J Gastroenterol Hepatol,2008,23(2):301-307.

[9] Yen HH,Soon MS,Soon A. Heterotopic pancreas presenting as gastric submucosal cyst on endoscopic sonography[J]. J Clin Ultrasound,2006,34(4):203-206.
[10] Gokhale UA,Nanda A,Pillai R,et al. Heterotopic pancreas in the stomach:a case report and a brief review of the literature[J]. JOP,2010,11(3):255-257.
[11] 叶 欣,赵洪川. 异位胰腺的临床进展[J]. 中日友好医院学报,2009,23(3):180-182.

(收稿日期:2014-11-15;修回日期:2014-12-15)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)