

液、换药、危重患者记录等护理；(2)对产科患者进行产前、产中和产后护理；(3)指导母乳喂养,做好新生儿护理等。

**1.3.3 监视测量(C) 护理质量的“测视仪”。**监视测量是指对实施过程的有效控制。针对每项护理,通过护理记录单、患者随访单和问卷调查等,对护理人员进行满意度调查,并进行统计处理,评价护理工作和护理人员的状况。

**1.3.4 持续改进(A) 护理发展的“原动力”。**在护理过程中,通过持续改进以达到不断满足的护理需求。根据其质量管理的理念,建立了护理管理过程中的随访模式和护理后跟踪机制,了解他们对护理的阶段意见和相关信息,以验证护理质量管理效果,做到持续改进。

## 2 结 果

近年来,在本院妇产科推行护理质量管理的职责细化、资源优化和过程强化等策略,它是一项具有可行性和有效性的病区护理质量管理策略。推行该项管理策略前后对比调查显示:护理人员的护理意识更积极主动,护理环境得到改善,护理技术更加规范;同时它还增强了护理管理者的管理意识,规范了护理过程的管理,优化了护理资源,有效提高了病区护理质量管理的效果和效率。如基础护理合格率、健康教育覆盖率等有明显的提高;护理一般差错明显下降,严重差错发生率为0;患者满意度达到95.0%以上,有明显提高。

## 3 讨 论

“ISO9000 质量管理体系”是国际标准化组织(ISO)1987年颁布的一套质量管理和质量保证标准,它对推动质量管理的进一步规范化、系列化起到重要作用。本策略就是运用ISO9000 质量管理体系的思想和方法对医院病区护理质量管理进行系统研究而形成的,其中“以顾客为关注焦点、过程方法和持续改进”是护理质量管理最基本的行为准则。在推行职责细化、资源优化和过程强化等有效策略时<sup>[8]</sup>,必须达成以下共识:

**3.1 树立“以护理患者为关注焦点”的护理理念** 在医院病区护理中,以患者以及相关方为关注焦点,了解他们当前和未来的需求,并将其变成护理目标和实施计划,最终使患者(及其他相关方)满意,充分体现“以患者为中心”的护理理念。

**3.2 倡导“以过程管理为基本方法”的护理方式** “以过程管

理为基本方法”是ISO9000 质量管理体系的核心,其目的在于强化过程管理。因此,它要求医院护理的每个工作模块都要按照“P-D-C-A 循环模式”进行过程管理。必须对护理质量形成全过程的、全部因素的控制,并逐步建立和完善系统化的管理保证与评价机制。

**3.3 形成“以持续改进为质量追求”的护理文化<sup>[9]</sup>** 在推行本管理策略时,要做到持续改进,必须使全体护理人员树立持续改进的观念,建立持续改进的程序,分析现状、建立改进目标,采用科学方法改进过程,建立激励机制,调动护理人员的积极性,形成“以持续改进为质量追求”的护理文化。

## 参考文献:

- [1] 张莉萍,蔡雪丽,吴晓雁,等. 建立健全护理管理体系防范护理缺陷[J]. 中国护理管理,2008,8(8):53-55.
- [2] 孟宝珍. 医院护理管理规范及质量考核标准[M]. 北京:化学工业出版社,2009.
- [3] 高荣花,彭祝宪. 护理规章制度的概念及其对护理质量管理的作用[J]. 中国护理管理,2008,8(10):79-80.
- [4] 杨大锁,潘淮宁,殷晓红,等. 在ISO9000 族医院质量管理体系中融入JCI 标准的重点[J]. 中国卫生质量管理,2007,14(1):6-9.
- [5] 纪范英,孟才. 浅谈香港基督教联合医院妇产科护理管理模式[J]. 护理研究,2004,18(2):279.
- [6] 李敏. 现代护理管理模式在妇产科的应用[J]. 中医药管理杂志,2009,1(8):751-752.
- [7] 全国质量管理和质量保证标准化技术委员会秘书处. 2000 版 ISO/DIS9000 族国际标准草案[M]. 北京:中国标准出版社,2000:3.
- [8] 高晋华,刘永芳,姬军生. 引进ISO9000 质量管理体系提高医院医疗质量管理[J]. 重庆医学,2008,37(1):15-16.
- [9] 程薇. 以护理质量文化促进护理质量改进[J]. 中华护理杂志 2007,42(2):150-151.

(收稿日期:2011-04-10 修回日期:2011-05-25)

# 浅谈大型综合医院专家门诊护理管理

熊 彬,刘淑琴,钟红铃<sup>#</sup>,张 玲<sup>△</sup>

(第三军医大学西南医院门诊部,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.30.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)30-3114-03

本院是西南地区的一所大型综合医院。为了满足患者就医需求,更好的配置医疗资源,本院于1997年设立了专家门诊。随着近十年医院的飞速发展,专家门诊已从最初的不到20个诊室,每天门诊量不到400人,发展到目前包括内、外、妇、儿等专科近50个诊室,每天专家门诊接诊患者数超过2000人。专家门诊规模的扩增一方面尽量满足了疑难杂症的

患者以及慕名求医的患者就医需求,提高了疾病诊疗水平,加快了门诊患者的周转速度;另一方面专家门诊作为医院品牌建设的重要组成部分,显著提高了医院的声誉和竞争力<sup>[1]</sup>。由于专家门诊出诊医生、就诊患者以及医疗服务质量要求的特殊性,给门诊护理管理,包括导诊、挂号、分诊、助诊、突发事件的应急处理以及诊区整体管理等方面提出了更高的要求。本文

就本院专家门诊探索的新的综合护理管理模式总结如下。

### 1 加强专科病种知识以及专家信息培训,提高咨询导诊质量

根据 2009 年对 1 173 名专家门诊就诊患者的调查显示,一方面 49.3% 为常见疾病的首诊患者,9.4% 为首诊选错专家而出现同一科室二次复诊的患者,2.7% 为首次挂错就诊科室而二次就诊的患者;而另一方面调查数据提示 67.5% 的就诊患者均在院外等待了 1 天以上。前者一定程度上造成了专家门诊资源的浪费或价值的不完全体现;而后者表明专家门诊资源供给不足,不能满足日益增长的就诊需求。为了解决调查发现的问题,本院加强了对咨询、导诊和挂号人员的业务培训,邀请各科室的医生对本专业疾病、交叉专业间疾病的鉴别知识以及门诊出诊专家特点、擅长进行系统介绍,并定期对培训人员进行相关业务水平考核,尽量确保不同疾病的患者预约到最合适的专家就诊。此外,还加强对简单常见病首诊患者的引导,尽量促使此类患者向普通门诊分流,减少专家资源的占用。通过这些措施,一方面优化了专家门诊病员结构,充分体现出专家门诊对疑难杂症诊治的价值;另一方面也加速了专家门诊患者的周转,减少了患者的等待和积压,也为患者节约了时间和费用。

### 2 规范挂号窗口管理,坚决遏制倒卖专家号

随着各大型综合医院专家门诊的开设,加之患者对专家诊治的渴望,使得专家号成为“稀缺优质公共资源”,出现严重供不应求,甚至“一号难求”的局面。于是各大医院就出现了倒卖名医专家门诊挂号的号贩子,他们严重扰乱了公共医疗秩序<sup>[2]</sup>。为了遏制这一现象,各家医院都相继报道了很多相关措施来相互交流<sup>[3-5]</sup>。本院专家门诊从源头着手,加强对专家号预约、挂号窗口的管理。目前专家门诊采用网络、电话远程预约和当日门诊挂号等多途径、实名挂号措施。为了确保专家对疾病的诊疗质量,每个诊室每天限制挂 30 个号。其中 20 个号通过预约产生,并做好预约患者身份信息登记、保存。为了照顾资讯不便的边远患者或未预约的其他患者,另外 10 个号可在就诊当日挂号,当日门诊统一采用实名制一人一号。挂号时,患者需出示身份证进行登记,系统将在每次录入身份证号时自动跳出该患者的历史就诊记录。对复诊患者,挂号时还需提供医生门诊病历。这些措施有力的遏制了号贩子倒号现象,维护了患者的利益和医院的就诊秩序。对于某些特殊情况,如急重症患者、边远患者、特殊人群来院就诊时需要加号,把握以患者利益为本的原则,并征得当日专家签字同意后方可加号。对于出诊专家出诊时间变更,要求至少提前 24 h 通知患者,并向患者做好解释工作,减少医患矛盾的产生。

### 3 做好分诊、助诊,维护良好的诊区秩序

营造一个优良的诊区秩序和舒适的候诊环境,一方面可以展示医院良好的形象,减少患者在等待就诊时的烦躁心理,避免医患之间的矛盾;另一方面也为名老专家们在一个相对安静、舒适的环境下为患者诊疗,减轻工作中的压力,提高医疗服务质量。为了保持诊室“一医一患”的诊疗环境和良好的就诊秩序,本院在吸取众家之长的基础上,形成了自己的一套管理方法<sup>[6-7]</sup>。将专家门诊划分为候诊区、拟诊区、诊断室 3 个部分。限制患者及其陪同在各诊区间随意穿梭走动。通常患者先在候诊区等候,此处患者可观看电视科普宣传和就诊规则介绍。患者就诊按照挂号单先后次序,由分诊护士通过扩音器呼叫和多个电子显示屏提示,依次安排患者进入诊断室门口的拟

诊区等候就诊。一般每个诊室外保持 2~3 名患者候诊,诊室内保持 1 名患者就诊。分诊护士可通过电脑联网系统或诊区呼叫系统和诊室内专家交流,控制不同诊室进入拟诊区患者的速度。拟诊区就诊秩序由助诊护士维持,助诊护士通过诊区内巡查,一方面要及时解决专家在就诊过程中遇到的问题,同时还要观察拟诊区内患者情况,如果重大病情变化,及时向医生汇报并协助救治。如有患者需要提前就诊,需向分诊护士出示患者本人老年证、军、警官证,以及其他允许优先的凭证,并向其他患者做好解释工作,避免产生误会。

分诊工作是维持诊区良好秩序的最重要部分,也是事情最繁杂,最易产生护患矛盾的环节,通常由 2~3 名年资较高、应变能力强、头脑冷静的护士负责。分诊护士应在医生上班之前半小时就开始工作,首先向所有候诊区患者简要介绍各诊区的规定,然后了解有无急重患者和需要优先患者,视情况安排其优先就诊,最后逐一安排所有诊室最先就诊的 2~3 个患者进入拟诊区。在工作过程中可能会遇到不听安排、不讲道理、无故找茬、素质过低的患者以及因等候过久,出现心烦、焦虑的患者,这些人都可能对分诊人员言语过激甚至出现肢体动作过激的行为。发生此类事情,护理人员需要控制好自身情绪,学会站在患者角度思考问题,并以包容、耐心的态度,根据患者的文化程度、个性特征、年龄特征和当时主要的心情来选择恰当的谈话方式,通过交谈消除患者的不良情绪。如患者行为严重过激,可及时避让、并向上级反应情况,交由安保人员处理。

### 4 制定突发事件应急方案,及时救治为重患者

由于在专家门诊就诊的患者病情相对复杂和严重,所以相对普通门诊而言,此处患者更易发生意外情况,如心脑血管意外、癫痫发作、低血糖昏迷等,临床上将之统称为突发事件。本院在各临床科室的指导下,制定了各种常见突发事件的应急救治方案,并要求每一个专家门诊护理人员均需熟练掌握,且定期和不定期的组织学习和模拟急救演练。此外本院还安排专人负责急救车内药品按规定备留,急救仪器的定期维护,保证随时拿得出,用得上。在专家门诊出现突发事件时,首先由助诊护士做现场简单救护,并在第一时间通知相关科室医生,在医生到来后,协助其对患者进行救治。

### 5 加强人文关怀,提升服务质量

专家门诊护理工作的另一项重要工作就是为就诊患者和出诊专家搞好服务,充分体现医院的人文关怀。面对患者,护理人员要求做到微笑服务。微笑不仅消除人与人之间的心理隔阂和障碍,还能促进人们相互理解和友谊,是人类感情的“面部语言”<sup>[8]</sup>。微笑服务是自尊和尊重他人的一种表现,也是良好服务的心理特征<sup>[9]</sup>。与患者交谈过程中,护士要注意语言修饰,推行“四性”语言,即礼貌性、解释性、安慰性、保护性,杜绝简单、生硬、粗鲁、讽刺等语言。交流中“请”字开头,“谢”字收尾,使患者感到亲切、温暖、愉快。正确礼貌称呼和具有亲和力的语言,往往是导诊、分诊、助诊、医务人员和患者之间建立良好关系的起点<sup>[10]</sup>。在巡视诊区中发现患者有正当需求时,护理人员应在不影响工作的前提下,主动给予指导和帮助。

在服务好患者的同时,还要做好出诊专家的服务工作。本院专家门诊出诊专家多为各科室主任以及三级以上教授。临床科室领导因事务繁忙,为保障正常出诊,这就要求护理人员做好与科室领导沟通、提醒工作。在发生临时变动时,做好预备方案,并及时向患者解释清楚,以得到患者的理解。对于年

纪大、体质差的专家,在出诊期间护理人员应加强巡视和关心,及时帮助老专家解决诊疗工作以外的问题,减轻老专家的工作负担;此外护理人员还需重视和老专家交流,了解其身体和心理状况以及对工作的习惯和建议,根据老专家情况调整工作量和改进工作方法。

6 小 结

门诊是医院面向社会的重要窗口,是服务患者的重要场所。而专家门诊更是作为医院发展过程中打造的一张名片,其管理水平高低,服务质量优劣,直接关系到医院的声誉与效益。为此,加强专家门诊整体管理,提高护理人员综合素质,不断提升医疗服务质量是专家门诊护理工作的首要任务。本院通过实施门诊新的护理管理综合模式以来,受到了医、患多方好评,专家门诊患者满意度及门诊患者量不断上升,本院的社会声誉也进一步得到提升,取得了良好的社会效益及经济效益。

参考文献:

[1] 钟红铃,刘春生.大型综合性医院建立“一站式”门诊服务模式探索与实践[J].重庆医学,2010,39(10):1305-1306.

[2] 宋久华.试论对“号贩子”倒卖“专家号”行为的刑法规制·临床护理·

[J].知识经济,2010(2):27-28.

[3] 姚峥,吉训明,刘德海.大型综合医院专家门诊管理探讨[J].中国医院,2010,14(1):72-74.

[4] 芦树鹏.排队式远程挂号——有效遏制“号贩”倒号行为[J].医院管理论坛,2006,118(8):38-40.

[5] 张雪梅,李超,杨露.专家门诊的管理及体会[J].护士进修杂志,2008,23(11):990-992.

[6] 刘艳花,杨玲,叶冬花.专家门诊现状与思考[J].延安大学学报:医学科学版,2008,6(2):70-71.

[7] 王屏.浅谈医院专家门诊存在的问题及护理对策[J].医院管理论坛,2007,123(1):44-46.

[8] 王路.肢体语言[M].北京:海潮出版社,2005:41.

[9] 孙素萍.沟通艺术与构建和谐护患关系的探索[J].现代医药卫生,2008,24(4):591-592.

[10] 郝红霞.加强门诊管理 提高医疗质量[J].中国医院管理杂志,2005,25(11):95-96.

(收稿日期:2011-04-05 修回日期:2011-05-19)

# 聚乙二醇电解质散在电子结肠镜检查前肠道准备中的应用

王家兰,鹿安琴

(重庆市綦江县人民医院 401420)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.30.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)30-3116-02

结肠镜检查是目前诊断结肠疾病并进行治疗的重要手段,而高质量的肠道准备是结肠镜检查顺利完成的重要条件,直接影响结肠镜检查的成功与否。肠道准备应做到安全、迅速、简便、患者痛苦小、肠腔清洁度高<sup>[1]</sup>。本研究通过对口服复方聚乙二醇电解质散行肠道准备与传统的口服甘露醇及潘泻叶联合肥皂水灌肠比较,取得了良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 3~8 月行结肠镜检查的门诊及住院患者 180 例,随机分为 3 组,聚乙二醇组(A 组)60 例,其中男 33 例,女 27 例,年龄 18~81 岁,平均 45.6 岁;甘露醇组(B 组)60 例,其中男 29 例,女 31 例,年龄 20~78 岁,平均 47.3 岁;潘泻叶联合肥皂水灌肠组(C 组)60 例,其中男 35 例,女 25 例,年龄 19~83 岁,平均 45.8 岁。所有患者均排除肠梗阻及消化道出血。3 组患者的年龄、性别、健康教育指导及病情资料差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 (1)A 组检查前 1 d 正常饮食,检查前 6 h 口服复方聚乙二醇电解质散(深圳万和制药有限公司,商品名和爽,规格:每包 137.15 g,内含聚乙二醇 118 g,无水硫酸钠 11.37 g,碳酸氢钠 3.37 g,氯化钠 2.93 g,氯化钾 1.48 g)溶于 2 000 mL 温水中,搅拌均匀,嘱患者 2 h 内饮完;(2)B 组检查前 1 d 少渣饮食,检查前 6 h 口服 20%甘露醇 500 mL,15 min 内饮完,接着饮开水 2 000 mL;(3)C 组检查前 1 d 流质饮食,20:00 潘泻叶 20 g 开水浸泡 30 min 后饮服,检查前 4 h 0.2%肥皂水 1 000 mL 清洁灌肠。

1.3 肠道清洁效果评价 所有结肠镜均由操作熟练、经验丰

富的内镜医生操作,采用双盲法,根据肠道清洁的效果进行评价。肠道清洁程度分级标准<sup>[2]</sup>,I 级:肠道准备满意,肠腔无粪便残渣,无粪水滞留,肠液清亮,操作顺利并观察良好;II 级:肠道准备比较满意,肠腔无粪便残渣,肠腔有污浊粪水,操作比较顺利,观察基本清晰;III 级:肠道准备不满意,肠腔有粪便残渣或粪块,操作不顺利,甚至因肠道准备不足而被迫终止检查。I 级和 II 级均判定为肠道准备符合要求。

1.4 不良反应观察 观察患者在肠道准备过程中的恶心、呕吐、腹痛、腹胀等不适症状及直肠黏膜损伤情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS11.0 软件进行统计分析,计数资料用  $\chi^2$  检验,计量资料用 *t* 检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 组患者在肠道清洁效果方面比较 A 组与 B 组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。C 组肠道清洁满意率低,与 A 组及 B 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 3 组患者肠道准备清洁度比较(n)

组别	I 级	II 级	III 级	满意率(%)
A 组	46	12	2	96
B 组	43	13	5	93
C 组	33	15	12	80

2.2 3 组患者在不良反应方面比较 A 组与 B、C 组相比,不良反应发生率低( $P < 0.05$ )。B 组与 C 组比较,差异无统计学