

## 2 结 果

**2.1 吸入性肺炎发生率** 舒适组有 1 例并发吸入性肺炎 (1.59%), 常规组并发吸入性肺炎 6 例 (9.52%), 两组比较差异有统计学意义 ( $\chi^2=5.21, P<0.01$ )。

**2.2 吞咽能力恢复比较** 实施干预 4 周末分别对舒适组和常规组的疗效进行评价。舒适组吞咽功能恢复程度明显优于常规组 ( $\chi^2=4.43, P<0.01$ ), 见表 1。

表 1 两组患者舒适护理后疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
舒适组	63	26	32	5	92.06
常规组	63	6	24	33	47.62

## 3 讨 论

舒适护理是目前经常应用于临床实践的一种高效护理模式, 它主张采用个性化的、创造性、整体性的护理方法, 使患者达到生理、心理、社会上的最舒适、最愉悦的状态, 最终使患者积极配合治疗, 促进患者的康复<sup>[10]</sup>。脑卒中后吞咽障碍是由于舌咽神经、迷走神经及舌下神经核或核下性损害而产生的真性延髓性麻痹和(或)双侧皮质脑干束损害而产生的假性延髓性麻痹<sup>[11]</sup>, 导致吞咽困难、舌运动障碍。神经生理学研究显示, 中枢神经系统有强大的可塑性, 可通过细胞元轴突的再生, 树突侧支的出芽和改变突触阈值, 发挥休眠或储备的神经功能, 调动神经元的兴奋性, 重建神经功能网络, 实现功能的重组, 达到功能重塑的作用<sup>[12]</sup>。本文通过对患者进行系统的环境、心理、饮食、康复训练、社会生活等方面的舒适护理, 不断地向患者脑细胞输送刺激信息, 促使运动神经突触延长与病灶周围的神经突触形成新的神经传导通路, 恢复并建立脑细胞功能和反馈通路。同时又减少或消除了急性脑卒中后吞咽障碍患者不舒适的因素, 促进了患者吞咽能力的恢复, 减少和预防了并发症的发生, 提高了患者生活质量。

### • 临床护理 •

# 应用品管圈降低气管插管患者非计划性拔管率效果分析

胡维书, 吴 琦, 骆飞源

(重庆市中山医院重症医学科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2106-02

非计划性气管拔管(unplanned extubation, UEX)是指尚未达到气管拔管指征而将人工气道拔除, 或某些非人为因素的气管导管脱落<sup>[1]</sup>。非计划性气管拔管是机械通气中常见的严重并发症之一, 发生率占机械通气患者的 2.8%~20.6%<sup>[2]</sup>, 包括患者自行拔管、医疗护理过程中的意外拔管。非计划性拔管可能延长患者机械通气时间、ICU 停留时间及住院天数, 甚至可能因为失去有效呼吸而出现窒息, 危及患者的生命安全<sup>[3]</sup>。为降低气管插管患者 UEX 率, 本科 2013 年 3 月成立了名为“守护圈”的品管圈(quality control circle, QCC)小组, 针对气管插管非计划性拔管情况开展品管圈活动, 并对 2012 年 3 月至 2013 年 12 月的气管插管患者进行了分析和总结, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本科 2012 年 3~12 月共有 512 例患者行气

## 参考文献:

- [1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:98.
- [2] 方平, 邢小丽, 于帆, 等. 降低脑卒中吞咽障碍患者并发吸入性肺炎的护理研究[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(10):1822-1823.
- [3] 许小玲, 韦杏荣. 脑卒中吞咽障碍患者早期康复的循证护理[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(5):763-764.
- [4] 廖喜琳, 钟美容, 包艳. 心理护理对脑卒中吞咽障碍病人功能恢复的影响[J]. 护理研究, 2008, 22(12):3145-3146.
- [5] 夏慧玲, 代亚丽. 脑卒中患者生活质量与卒中抑郁影响因素的研究进展[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(3):81.
- [6] 常晓丽. 舒适护理在老年急性心肌梗死患者中的应用效果观察[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(12):259.
- [7] 莫锐钊, 蒋超. 脑卒中吞咽困难患者的康复护理进展[J]. 护理学杂志, 2009, 24(15):90-92.
- [8] 尹宗惠, 凌云. 老年脑卒中后抑郁心理状况分析及护理对策[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(3):217.
- [9] 王拥军, 卢德宏, 崔丽英, 等. 现代神经病学进展[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004:205-290.
- [10] 张宏. 舒适护理的理论与实践研究[J]. 护士进修杂志, 2010, 16(6):409.
- [11] 郑敏, 栾贻政. 循证护理在脑卒中致吞咽困难患者中的应用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(22):66-67.
- [12] 田景绘, 靳淑慧. 脑卒中患者早期双侧肢体康复训练疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(5):494.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-02-12)

管插管, 其中男 288 例, 女 224 例, 年龄 1~95 岁, 呼吸道疾病 198 例, 心脏外科术后、普外、神经外科、骨科全麻术后 203 例, 其他疾病 111 例, 插管时间 5 h 至 18 d; 开展品管圈活动之后, 2013 年 3~12 月对 568 例患者进行气管插管, 其中男 328 例, 女 240 例, 年龄 1~92 岁, 呼吸道疾病 199 例, 心脏术后、普外、神经外科、骨科全麻术后 232 例, 其他疾病 137 例, 插管时间 4 h 至 20 d。

## 1.2 QCC 活动方法

**1.2.1 成立 QCC 小组** “守护圈” QCC 小组共有 5 名组员, 设圈长 1 名, 督导员 1 名, 圈员 3 名, 其中主管护师 2 名, 护师 2 名, 护士 1 名; 本科 4 名, 大专 1 名, 平均年龄 (30.4±7.4) 岁。

**1.2.2 选题理由及论证** 召开圈员会议, 在多个选题中选定“降低气管插管患者非计划性拔管率”为主题, 确定圈徽。

**1.2.3 制订活动计划** 按照 PDCA(Plan-Do-Check-Action)程序,小组制订了详细的活动计划表;2013 年 3~4 月为确定 QCC 主题、现状调查、目标设定、解析、对策拟定阶段;2013 年 5~10 月为组织实施阶段;2013 年 10~12 月为效果确认、总结资料及成果发布阶段。

**1.2.4 成立 QCC 之前的数据收集** 收集 QCC 活动之前,ICU 气管插管总例数,非计划性拔管情况,分析原因。

**1.2.5 目标设定** 对气管插管患者,建立标准化的护理流程,降低非计划性拔管的发生率。

**1.2.6 原因分析** 运用鱼骨图从人员、导管及其他方面进行原因分析,共有 23 个末端因素可导致非计划性拔管,根据 80/20 原则(80%的结果是由 20%的原因造成的)<sup>[4]</sup>并结合本院实际情况,确定导致非计划性拔管的 4 个主要原因为:镇静不规范,患者烦躁;护理技能欠佳,肢体约束不当;心理护理不够,患者不理解不配合;导管固定方法欠妥。

**1.2.7 制订对策,组织实施** 针对原因,采取以下方法:通过大量查阅资料,进行讲课,普及镇静相关知识及 Ramsay 评分方法,制订评分表格,维持理想镇静状态,保持 Ramsay 评分 3~4 分之间的措施解决镇静不规范问题;通过圈长、圈员现场演示正确肢体约束方法的措施解决肢体约束不当的问题;通过加强与患者沟通,规定每班必须进行一次心理护理,对患者反复强调气管插管的重要性及必要性,制作图文示意卡,运用写字板与患者交流的措施解决心理护理不够的问题;通过采用专用气管导管固定器固定导管的方法解决导管固定欠佳的问题。圈长、督导员负责督促各项措施落实到位。

**1.2.8 巩固措施及标准化** 实施 5 个月,对活动效果进行检查。具体方法为,(1)标准化:将本次 QCC 活动所总结的防止气管插管非计划性拔管的理论及操作技能纳入新进 ICU 人员岗位培训内容;(2)将本次 QCC 活动所总结的防止气管插管非计划性拔管的理论及操作技能纳入气管插管患者护理常规。

## 2 结 果

**2.1 无形结果** 通过开展本次 QCC 活动,QCC 成员素质显著提高,主要表现在:能熟练运用 QCC 工具;有强烈的质量意识及主动工作意识,从“要我做”转变为“我要做”,能够从工作中发现问题、解决问题;提高了查阅文献资料的能力;同时 QCC 成员团队合作能力也得到进一步提高。

**2.2 有形成果** QCC 活动前后,非计划性拔管率明显下降,从 7.4%降低到 3%,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 1。

表 1 QCC 活动前后非计划性拔管比较( $n$ )

时刻	气管插管	EUX	UEX 率(%)
QCC 前	512	38	7.4
QCC 后	568	17	3.0

## 3 讨 论

**3.1 QCC 全称品质管理圈**,是指运用质量管理理论和方法开展活动,即选择课题、调查现状、设定目标、分析原因、制定对策并实施,评价效果、巩固措施、标准化、改进等<sup>[5]</sup>,对于解决临床护理工作中存在的问题,提供最佳的护理服务,发挥着重要的作用。QCC 活动的主要目的是运用全面质量管理理论和方法,科学地解决实际质量问题;宗旨是提高员工的素质,激发员工的积极性和创造性<sup>[6]</sup>。开展 QCC 活动,将 PDCA 循环贯穿于临床护理工作的全过程,可很好地解决临床护理工作中存在的不少问题,在充分调动每个护士参与护理质量管理的积极

性和创造性的同时,又能够不断改进活动的方式和方法,还提高了团队的凝聚力和合作能力<sup>[7]</sup>。既强调了预防,又强调了持续改进,使护理质量进入持续改进的良性循环,可产生良好的社会效益和经济效益<sup>[8]</sup>。

**3.2 在气管插管非计划性拔管中**,患者自行拔管是主要原因之一,影响因素包括患者的年龄、性别、精神状态、意识水平,患者对插管的了解程度及自主活动等,再加上机械通气本身对患者躯体产生极大痛苦,插管时损伤黏膜组织以及口咽部异物不适感,患者不能耐受,容易自行拔除导管<sup>[9]</sup>。本研究统计最常见的原因是由于镇静不规范,患者烦躁或意识不清而自行拔管;其次,由于心理护理不够,患者不理解插管的重要性,或出现负面情绪而自行拔管;还有护理技能欠佳、肢体约束不当及导管本身固定方法欠佳等原因。本科在开展品管圈活动时,针对以上原因分别采取了:通过讲课普及镇静知识,维持 Ramsay 评分 3~4 分;每班一次心理护理,使用图文示意卡、写字板等措施加强护患沟通;圈长、督导员示范规范的肢体约束方法;使用专用的气管导管固定器固定导管等措施进行解决,使意外拔管率从 7.4%降低到 3%,取得了显著效果。同时提高了护士的整体素质及学习能力<sup>[10]</sup>,提高了护士的积极性和创造性,使护理进入了良性循环。

## 4 总 结

本研究实践证明品管圈的应用能够有效降低气管插管患者的意外拔管率,同时它也有提高效率、减少失误的优点。品管圈活动不仅加强了护理人员解决问题的能力,提升了整个护理团队的工作积极性和集体协作性,也进一步提高了护理质量,值得进一步推广。

## 参考文献:

- [1] 桂文芳. ICU 患者气管插管非计划性拔管的原因分析及护理对策[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(15): 3322.
- [2] 张小红, 许月萍. 运用品管圈降低非计划性拔管发生率的实践[J]. 医院管理论坛, 2012, 29(7): 19.
- [3] Curry K, Cobb S, Kutash M, et al. Characteristics associated with unplanned extubation in a surgical intensive care unit[J]. Am J Crit Care, 2008, 17(1): 45-51.
- [4] 张幸国. 医院品管圈活动实践与技巧[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2010: 7-76.
- [5] 吴晓霞, 董敏, 吴玲燕. 品管圈活动在降低老年鼻饲患者非计划拔管中的效果分析[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(18): 1649.
- [6] 吴小红. 以 QC 文化提升护理服务质量[J]. 中国卫生质量管理, 2012, 19(6): 3.
- [7] 孙多妹, 王玉秀. 品管圈在舒心示范病房中应用初探[J]. 中外医学研究, 2012, 10(5): 99-100.
- [8] 吴燕, 骆益春, 王沪渝. 实行 QCI 小组管理, 持续改进护理质量[J]. 全科护理, 2010, 8(5): 126-128.
- [9] 朱胜春, 金钰梅. 住院患者意外拔(脱)管临床特征分析及对策[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(3): 256-258.
- [10] 张飞雪, 王莲月, 于燕燕. “品管圈”活动提升护理人员综合素质的实践[J]. 中国现代医生, 2012, 50(27): 130.