

表 2 两组孕妇产后孕期体质量管理效果比较[n(%)]

组别	n	体质量管理有效	剖宫产	妊娠期糖尿病	妊娠期高血压病	巨大儿	新生儿窒息
对照组	60	31(51.6)	41(68.3)	5(8.3)	6(10.0)	5(8.3)	6(10.0)
实验组	60	58(96.6)	15(33.3)	1(1.6)	2(3.3)	1(1.6)	2(3.3)
χ^2		31.65	6.63	4.68	1.91	4.68	1.91
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 “知信行”模式对孕期体质量管理认知水平的影响 “知信行”理论是知识、信念和行为的简称,知识是理论的基础,信念是行动的动力,行为时改变的目标。据文献调查显示,87.1%的孕妇认为营养好就是对胎儿好,27.3%的孕妇认为为了胎儿孕期体质量可以无节制地增长,同时,20.5%的孕妇对孕期锻炼不够重视^[6-7]。从表 1 可见,实验组孕妇在经过“知信行”健康教育后孕期体质量管理认知水平明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2 “知信行”模式对孕期体质量管理质量的影响 “知信行”模式是有关行为改变较成熟的理论模式。通过传播卫生保健知识和行为干预,建立积极正确的信念与态度,自愿采纳并改变自己健康行为方式,尽量减少孕期体质量管理不当引发的并发症,从而提高孕妇产后孕期体质量管理的能力,改善生活质量,孕期体质量管理在有效范围内。美国国家科学院医学研究院对于孕期体质量管理的建议是:孕前 BMI < 18.5,体质量增长的总量应在 12.5~18 kg;孕前 BMI 为 18.5~24.9,体质量的增加总量应该在 11.5~16 kg;孕前 BMI 为 25~29.9,体质量的增加总量应该在 7~11.5 kg;孕前 BMI ≥ 30 ,孕期体质量增加值控制在 5~9 kg。中国正常体质量的女性孕期体质量增加的适宜值为 12 kg 左右^[8-9]。中国剖宫产率居高不下,很多地区达 50%~60%;而孕期体质量增长大于或等于 15 kg 和小于 15 kg 的剖宫产率分别为 80%和 56%^[10]。从表 2 可见,实验组的体质量管理有效率明显高于对照组($P < 0.05$),实验组的剖宫产率、妊娠期糖尿病发生率、妊娠高血压病发生率、巨大儿发生率、新生儿窒息率均低于对照组($P < 0.05$)。本研究结果表明,应用“知信行”健康教育模式较传统孕期健康教育模式更有利于达到科学的孕期体质量管理,减少母婴并发症,值得在临床中采用。

3.3 “知信行”模式对传统的健康教育模式的影响 传统的健康教育模式,教者只负责教,对受教者是否理解、是否改变不良生活习惯方面都没有关注,无法真正达到提高生活质量的目的。

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.23.049

的。“知信行”模式是改变人类健康相关行为的模式之一,它将人类行为的改变分为获取知识、产生信念及形成行为 3 个连续过程,它使健康教育成为一种连续性动态的服务手段,提高受教育者主观能动性,自己管理自己的健康行为,真正达到有效提高生活质量的目的。

参考文献:

- [1] 谢红密. 孕产妇参与孕期体质量管理情况分析与有效措施[J]. 国际医药卫生导报, 2008, 17(19): 2374-2376.
- [2] 张瑞红, 王宝珠, 藏爱红, 等. 中年女性健康知、信、行问卷初步编制及信、效度检验[J]. 中国护理管理, 2009, 9(1): 35-36.
- [3] 顾静意. 运用知信行模式对社区糖尿病患者进行健康教育的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(22): 79-80.
- [4] Larsson BW, Larsson G. Patients views on quality of care: do they merely reflect their sense of coherence? [J]. J Adv Nurs, 1999, 30(1): 33-39.
- [5] 谢幸, 荀文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 142-148.
- [6] 黄剑云. 孕期体质量管理与新生儿体质量的相关性探析[J]. 现代医院: 专业技术篇, 2011, 11(3): 52-53.
- [7] 罗希莹, 李燕, 苏虹, 等. 108 例孕妇产前 BMI 与孕期增重情况分析[J]. 中国妇幼保健研究, 2009, 20(2): 152-154.
- [8] 中国营养学会. 中国居民膳食指南[M]. 拉萨: 西藏人民出版社, 2010: 130-134.
- [9] 蔡圣芸, 惠宁, 费梅. 近 10 年剖宫产率及指征变化分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(13): 1847-1849.
- [10] 张敏. 孕妇肥胖及孕期体质量增加过多对妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(8): 1068-1069.

(收稿日期: 2014-01-24 修回日期: 2014-04-08)

ICU 患者 72 h 内非计划重返因素分析

李桂芳, 徐翠莲, 李元贵, 刘莎, 杨晓军

(宁夏医科大学总医院 ICU, 银川 750004)

中图分类号: R471

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)23-3102-03

ICU 是集中收治急危重患者的科室, 待患者病情稳定后则转回相关科室继续治疗。非计划性重返 ICU 是指 ICU 患者在

同一次住院期间, 因各种原因导致病情在短时间内加重需再次返回 ICU 治疗。非计划重返 ICU 发生率^[1], 是评价 ICU 医疗

表 1 2009~2011 年 72 h 内非计划重返 ICU 情况比较

时间	重返人数(n)	R 困难、低氧、CO ₂ 潴留	栓塞	误吸	原发病加重	HR、R 快, 房颤, 心功能差等	休克/呼碱
2009 年	8	4	1	0	0	2	1
2010 年	6	2	1	—	2	1	—
2011 年	28	18	3	1	5	1	—

—:表示无数据。

表 2 72 h 内非计划重返患者住院日情况比较

项目	2009 年		2010 年		2011 年		F	P
	人数(n)	平均住院日(d)	人数(n)	平均住院日(d)	人数(n)	平均住院日(d)		
首次住院日	1 273	3.33±2.35	1 379	2.36±2.16	1 293	5.14±2.45	489.552	0.000
二次住院日	1 273	4.06±2.69	1 379	3.76±3.21	1 293	4.59±2.95	26.257	0.000
ICU 总平均住院日	1 273	4.28±3.42	1 379	3.92±3.22	1 293	6.14±3.39	166.919	0.000

护理质量的指标之一^[2]。非计划性重返 ICU 不仅延长住院时间,增加患者的医疗费用,同时降低 ICU 床位周转率,影响其他患者的救治机会。为了解本院综合 ICU 非计划重返 ICU 发生率的情况,对本院综合 ICU 2009 年 1 月至 2011 年 12 月期间收治患者的病历资料进行回顾性分析,收集 72 h 内非计划重返 ICU 患者的临床特征、重返原因、预后及 ICU 平均住院日等相关临床资料并进行分析,旨在分析发生非计划重返的因素,从而进一步探讨降低非计划重返 ICU 发生率的方法,改进医疗护理质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 通过查阅 2009 年 1 月至 2011 年 12 月本院 ICU 4 498 例转出患者的电子病历,排除^[3]在 ICU 死亡、出院及转往其他监护室的 553 例患者,剩余 3 945 例患者中 72 h 内非计划重返 ICU 共 42 例。其中,男 24 例,女 18 例;平均年龄(61.67±12.36)岁;原发病中外科疾病 41 例,内科疾病 1 例,其中,腹部外科疾病 12 例,多发伤/多发骨折 11 例,肿瘤外科和肝胆外科疾病各 5 例,普胸科疾病和泌尿科疾病各 3 例,颅脑疾病 2 例。记录 ICU 平均住院日和非计划重返患者首次住 ICU 和二次住 ICU 的平均住院日。42 例非计划重返患者中,因各种原因自动出院 5 例,死亡 1 例,其余均好转或治愈出院。42 例患者在性别、年龄等一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 非计划重返 ICU 发生率 参照卫生部《三级综合医院医疗质量管理与控制指标(2011 年版)》^[3],计算 72 h 内非计划重返 ICU 的发生率。总重返率=转出后重返 ICU 患者人次/同期转出 ICU 患者人次(不包括在 ICU 出院、死亡患者)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行处理,计数资料采用 χ^2 检验和 Spearman 秩相关分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2009~2011 年 72 h 内非计划重返 ICU 情况比较 3 年间 72 h 内非计划重返 ICU 情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 2009~2011 年 72 h 内非计划重返 ICU 患者平均住院日情况与重返率相关性分析 见表 2、3。

2.3 2009~2011 年 72 h 内非计划重返 ICU 42 例患者分布情况 见表 4。

表 3 重返率与住院情况相关性

项目	首次住院日	二次住院日	ICU 住院日
重返率 r_s	0.181	0.177	0.180
P	0.000	0.000	0.000

表 4 42 例非计划重返分布情况

时间	患者总数(n)	重返人数(n)	重返率(%)	χ^2	P
2009 年	1 273	8	0.63	22.509	0.000
2010 年	1 379	6	0.44		
2011 年	1 293	28	2.12		

3 讨 论

国外报道非计划重返 ICU 发生率为 7%~14.4%,国内报道为 5.45%~7.66%^[4-5]。表 4 结果显示本院 72 h 非计划重返率 2011 年最高为 2.12%,远低于国内外报道,但与范力明等^[6]报道接近,这可能与各 ICU 对危重症患者收治指征和转出指征缺乏统一、规范标准有关。因为非计划性重返 ICU,不仅增加患者的痛苦和经济负担,影响医疗护理质量考核指标,同时也会额外消耗 ICU 医疗资源,影响对其他危重症患者的救治机会。

表 1、4 还显示 3 年的 72 h 非计划重返率 2011 年较前显著增加,差异有统计学意义。分析其原因与医疗质量考核指标、床位紧张等有关。本院 ICU 虽为综合 ICU,但以外科患者为主,占 85%左右,床位使用率 89%左右,高于重症医学科建设指南要求^[7]。同时,平均住院日、床位周转率、人均住院费用等仍是本院医疗质量主要考核指标,在考核指标及患者经济原因等压力下,加之床位紧张,有些患者病情稳定接近于适合转出,但还不是转出的最佳时机而转至普通病房,增加了非计划重返 ICU 的危险。为充分、合理利用医疗资源,同时保证患者安全,可以通过增加 ICU 床位设置,或建立重症患者过渡病房^[8],或加强对 ICU 转出患者随访指导^[6,9],降低非计划重返负性事件发生率,保障患者安全。

表 2 显示,重返率与首次住院日、二次住院日、ICU 平均住院日均呈正相关,差异有统计学意义。且非计划重返患者均为老年患者,存在不同程度机体功能减退,或不同基础疾病,说明

患者病情越重,ICU 滞留时间越长,重返风险就越高。而转出 ICU 的患者虽然病情稳定,但并不代表已完全好转,同时在 ICU 特殊环境及救治过程中所承受的种种痛苦体验仍持续影响着其生理、心理,对机体的恢复有很大的影响,需要密切观察和护理。因此,对 ICU 住院时间相对较长、且年龄大于 60 岁以上患者,需严格评估是否符合转出指征,转出后接收科室在 72 h 内应给予特级或一级护理,加强巡视,严密监测病情变化。

42 例非计划重返患者中 41 例为外科术后患者,有 24 例 (57.14%) 是因为呼吸系统原因而重返 ICU。有证据显示呼吸道疾病虽然不是造成患者死亡的主要原因^[10],但却是导致重返 ICU 的最主要的原因。分析其原因可能由于老年患者肺功能相对减退,加之手术应激反应、伤口疼痛、卧床等因素,致使患者呼吸形态改变或清理呼吸道无效,出现呼吸困难或呼吸衰竭而重返 ICU。因此,接收科室对老年术后患者,应加强翻身拍背、协助床上活动或及早下床活动,或联合呼吸治疗师进行有效的胸部物理疗法^[11]等,积极预防肺部感染,防止 ICU 转出患者非计划重返 ICU。

参考文献:

- [1] 陈虎,焦雅辉,赵明钢,等.北京市五家大型综合医院重返类指标的比较分析[J].中国卫生质量管理,2010,17(1):4-7.
- [2] 赵明钢,梁铭会,俞汝龙,等. CHQIS 医疗质量评价指标

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.23.050

- 体系的设计与实现[J].中国医院,2009,13(4):2-4.
- [3] 卫生部办公厅.《三级综合医院医疗质量管理与控制指标(2011年版)》[S].卫办医政函[2011]54号,2011.
 - [4] 陈奇祥,方楸淑,陈欽明.非计划性重返加护病房病患危险因素及预后之探讨[D].台湾国立大学论文库.
 - [5] 徐绍莲,解绍芹.ICU 转出患者重返原因分析及护理对策[J].护理研究,2012,26(6):1500-1501.
 - [6] 范力明,颜波儿,潘海燕.降低 ICU 患者非计划性 48 h 内重返率的护理干预[J].护理学报,2011,18(4B):30-32.
 - [7] 卫生部办公厅.《重症医学科建设与管理指南(试行)》[S].卫办医政发[2009]23号,2009.
 - [8] 王丽霞,肖惠敏,姜小鹰.ICU 后的过渡护理[J].国际护理学杂志,2006,25(7):566-567.
 - [9] Frost SA, Alexandrou E, Boqdanovski T, et al. Severity of illness and risk of readmission to intensive care; a meta-analysis[J]. Resuscitation, 2009, 80(5):505-510.
 - [10] 吴方苑,梁慧屏,陆素平.重回 ICU 患者的原因分析及护理对策[J].齐齐哈尔医学院学报,2009,30(14):1765-1766.
 - [11] 蔡淑萍,杨福麟,彭台珠,等.加护病房非计划性重返概论[J].慈济护理杂志,2004,3(2):26-30.

(收稿日期:2014-02-20 修回日期:2014-04-24)

医用耗材库房规范化管理探讨

于 静,高小坤[△],丁桂萍,仇国丽

(江苏省苏北人民医院化试耗材采购中心,江苏扬州 225001)

中图分类号:R194

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)23-3104-02

加强医用耗材库房规范化管理,确保医疗护理质量、安全,可提升医院服务水平。

1 库房规范化管理的紧迫性和重要性

近年来,随着科学技术的不断进步,医疗技术发展水平日新月异,医用耗材品种愈来愈多,应用愈来愈广,分布愈来愈细,医用耗材管理的规范化正在引起各级卫生行政主管部门的重视。医用耗材是继药品以后的医院又一项主要成本支出,随着近年各地“医院规范药房”创建工作的开展,医院、卫生行政主管部门和药品监管部门对医院药事管理工作的重视,药品调剂和药库管理越来越规范;而作为医用耗材的一级库房,其规范化管理显得尤为重要,特别是一次性使用的无菌物品、植入体内的高值耗材存储、养护管理,是医护质量安全的重要环节,也是维持正常医护工作的重要保障,其管理水平直接影响医院医疗护理质量内涵和医院服务水平。

2 传统医用耗材库房管理缺陷

2.1 软硬件条件差 无专用耗材库房或与医疗器械库房混用。无专人专职管理,规范化管理意识淡薄,机械性出入库及仓储管理。

2.2 管理层重视不够 认为医用耗材库房为后勤保障部门,无法直接产生经济效益和社会效益,对医疗护理工作影响不大,不会影响医疗服务水平。因此,对库房环境、设施、人员配备等重视程度不够,相应的医用耗材库房管理人员管理理念薄弱。

3 医用耗材库房规范化管理对策

本院自 2007 年成立耗材专用库房以来,不断更新管理理念,加大软硬件资源配置,规范细化管理流程,建立长效管理机制,取得了满意的效果。

3.1 医用耗材库房人员管理 现在的耗材库房设专人、专职管理。并不断更新管理理念,采用竞聘上岗的形式,选用责任心强,熟悉医用耗材常识的高年资护理人员,经过专业培训与定期岗上学习相结合的方式,不断更新医用耗材库房管理理念,为实际工作打下坚实的基础。医用耗材库房相关管理人员要求严格执行各项规章制度,规范工作流程,明确岗位工作的性质、任务、作用及在医院所处的位置,充分认识到医用耗材库房工作的重要性。

3.2 医用耗材库房环境设施规范化管理 医院管理层深刻地