

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.22.052

品管圈在专科手术室减少手术边缘时间中的运用*

王依贵¹, 廖 印¹, 舒 红¹, 方 利¹, 高明华¹, 王坤素^{2△}

(重庆市人民医院:1.耳鼻咽喉头颈外科;2.护理部 400014)

[中图分类号] R47

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)22-3159-03

“边缘时间”是指手术患者从病房进入手术间之前和手术结束后从手术室返回病房或送至麻醉恢复室、ICU 之前的 4 个时间段^[1],虽然“边缘时间”很短暂,但这段时间对手术患者生命极易造成严重的威胁,甚至出现对手术效果产生负面影响的风险。所以医护人员应该注重手术患者的“边缘时间”的安全质量控制,注重手术患者的转运流程管理,保障手术患者的安全。

品管圈是指同一工作单位或工作性质相同的人员,自发组织起来,科学运用各种品管手法,持续地进行提升效率、降低成本、提高产品质量等业务的活动^[2]。以科学的质量管理理论为工具,解决工作现场管理、文化管理等方面所出现的问题^[3]。本科于 2015 年 5~10 月成立了由辅导员、圈长、圈员共 10 人组成的品管圈活动小组,结合科室的实际情况拟定活动计划书,并组织实施,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015 年 1~10 月在本院专科手术室接受局部麻醉手术的患者 1 183 例,其中 2015 年 1~3 月的局部麻醉手术患者 394 例,随机抽取 150 例术后到手术室换药的患者(现况值)。2015 年 8~10 月局麻手术患者 282 例,随机抽取

150 例患者进行问卷调查。

1.2 方法

1.2.1 品管圈的成立 经过慎重思考,结合科室实际情况,共选择 7 名护士成为圈员,选出 1 名组织、协调、管理能力强的护士为圈长,护士长、科室主任为辅导员,经过小组讨论,征集圈名、圈徽,以票决的方式,最终将圈名定为“同心圈”。圈成员每周在微信群里对品管圈活动开展情况进行讨论,每月召开现场圈会 1 次,由圈长对品管圈开展情况进行小结,各圈员采用头脑风暴参与讨论,最后由辅导员做出总结点评。根据每位圈员的自身优势,通过圈会讨论和圈员的主动申请,确定了联络员、秘书、学习委员、宣传委员,资料管理、拍照摄影和数据统计负责人。

1.2.2 选定主题 通过圈员的头脑风暴列出所有待解决的问题,采用评价法对梳理出的 4 个问题是否符合上级政策、可行性、迫切性、圈能力进行 5 分、3 分、1 分的评分原则^[4],4 项实得平均分之之和为该问题总分,集中圈员意见,最终确定“减少手术边缘时间,提高患者满意度”总分第一为本期品管圈活动主题。见表 1。

表 1 主题选定表

主题评价题目	上级政策	可行性	迫切性	圈能力	总分	顺序	选定
提高手卫生的依从性	3.8	4.5	4.5	3.7	16.5	4	
减少手术边缘时间,提高患者满意度	4.5	4.8	4.4	4.7	18.4	1	★
规范鼻内镜手术操作流程,减少意外事故的发生	4.4	4.5	4.6	2.5	16.0	5	
开展术前术后访视,提高手术患者的满意度	4.8	4.7	4.3	4.5	18.3	3	

1.2.3 拟定活动计划 活动周期定为 6 个月。第 1 个月:主题选定与拟定活动计划书;第 2 个月:现状把握与原因分析;第 3 个月:设定目标、制定对策;第 4~5 个月:实施对策;第 6 个月:效果评价、标准化、检讨改进。

1.2.4 现状调查及原因分析 对 2015 年 1~3 月的局部麻醉手术患者 394 例,抽取 150 例术后到手术室换药的患者发放调查表,了解在本院专科手术室的手术患者,手术边缘等待时间及患者满意度情况。利用鱼骨图进行原因分析,制订原因分析因果图,见图 1。

1.2.5 设定目标 结合科室的实际情况,根据目标值设定公

式^[5],目标值=现况值-改善值=现况值-(现况值×改善重点×圈能力)=76%-(76%×58.40%×65%)=47.15%。目标达成率:(改善后数据-改善前数据)/(目标设定值-改善前数据)×100%。

1.2.6 实施整改措施

1.2.6.1 制订手术患者手术排序原则 老人、小孩优先原则,病情严重、有糖尿病的患者优先;同一主刀的手术患者按入院先后排序;同一病区手术按手术医生职称进行排序。

1.2.6.2 制作首台手术开台流程 首台手术准时开台是影响手术周转的重要因素^[6],根据手术排序原则每天由住院总对手

* 基金项目:重庆市卫生局科研基金资助项目(2012-2-225)。 作者简介:王依贵(1976-),副主任护师,本科,主要从事手术室护理工作。

△ 通讯作者,E-mail:825975220@qq.com。

术进行具体排序,并在科室微信群公布,手术室护士给首台手术患者发“温馨提示”的短信,告知患者提前做好心理生理准备,缓解术前的焦虑和不安,杜绝由于患者的原因导致的首台手术的延误。首台手术主管医生、主管护士第 2 天提前上班;积极完善手术患者术前准备工作;手术室护士保障第 1 台手术患者所使用的手术器械、仪器设备的完好备用;保障每天第 1 台手术患者的术日准时开台。每月就第 1 台手术准时开台情况进行汇总,对不能准时开台的手术查找原因,分析对策,进入下一个 PDCA 循环(又称戴明循环),进行持续质量改进。

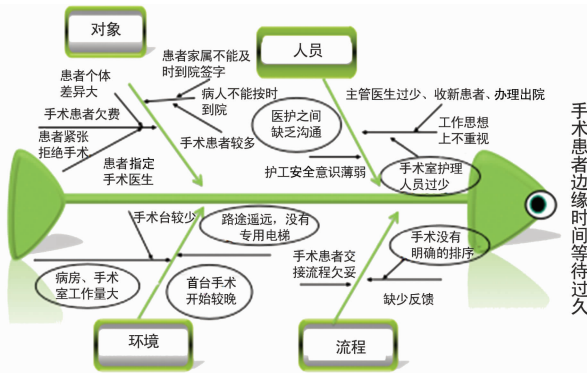


图 1 手术患者边缘时间等待过久解析鱼骨图

1.2.6.3 制作病房护士与手术室护士交接、运送流程 根据鱼骨图原因分析,优化并制作手术患者交接及运送流程图,并按规范要求每周由质控组组长检查执行情况,每月进行 1 次质量控制工作讨论,并不断地在工作中优化和完善。

1.3 统计学处理 数据均录入 SPSS17.0 软件进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

根据计划 3 个月后进行效果确认,在品管圈实施前后手术患者满意度、手术医生满意度、病房护士和手术室护士满意度的比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 实施品管圈前后满意度比较 ($\bar{x} \pm s, \%$)

项目	手术患者满意度	手术医生满意度	护士满意度
实施前	92.80 ± 3.32	94.11 ± 3.15	91.15 ± 2.28
实施后	97.60 ± 1.12	98.11 ± 1.33	96.86 ± 2.25
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

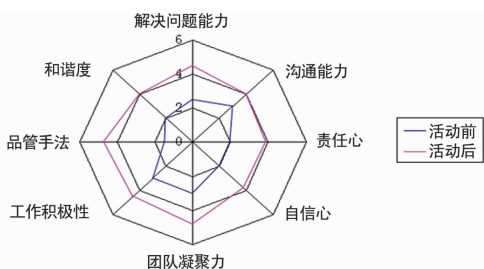


图 2 品管圈实施后的无形成果雷达图

品管圈活动开展前后对每 1 位圈员在实际工作中解决问题能力、沟通能力、责任心、自信心、团队凝聚力、工作积极性、品管手法的使用、医患关系和谐度 8 个方面进行调查,并计算

得分,所有指标均有提高,见图 2。

3 讨论

3.1 规范工作流程,确保患者安全 品管圈作为质量管理的工具,已广泛应用于护理质量管理中^[7],本院专科手术室利用全面质量管理的 PDCA 循环法^[8]、将品管圈活动运用到减少手术患者边缘时间的等待,也得到了了一定的效果,等待时间大于或等于 10 min 的手术患者比例由改善前的 58.4% 降至 34.4%;边缘时间无等待的患者比例由 24.0% 提高到 57.6%。从诸多因素中,由浅入深,由表及里地发现问题,从内到外寻找原因,利用鱼骨图进行原因分析,针对要因制订对策,规范了手术排序原则、首台手术开台流程、规范病房护士与手术室护士交接运送流程。使护理工作有章可循,确保手术患者边缘时间的安全。

3.2 挖掘潜能,提升综合素质 通过开展品管圈活动,对护理人员进行综合培训,提升了护理人员的专业技能。圈员通过参与品管圈的活动,通过参与现场管理的方式,使圈员在实际工作中获得满足感与成就感,从而提高每一位圈员发现问题、解决问题的综合能力^[9],这样的方式同时也督促每位圈员加强自身学习,提高自身综合素质,主动参与到质量管理工作中去,同时也挖掘了护理人员的管理才能。品管圈活动强调每个圈员能够主动参与管理活动,使其享有更高的自主权、参与权与管理权^[10]。通过开展品管圈活动,使圈员的解决问题能力、沟通能力、责任心、自信心、工作积极性等方面都得到了提高。

3.3 营造和谐氛围,提高医护患满意度 品管圈的开展,缩短了手术患者边缘时间的等待,也为手术医生节约了时间,提高了手术患者的满意度,患者满意度由活动前的 92.80% 提高到 97.60%。本次活动的目标值为 47.15%,目标达标率 116.46%,进步率为 44.21%,使手术室在效益管理方面,在人力、物力、时间和设备等方面得到了最大的空间发挥,极大地提高了手术室工作效率。满足了患者的需求,真正体现了以患者为中心的服务宗旨。加强与科室医生、病区护士的沟通,营造了一个积极向上团队协作的工作氛围。同时也打造了科室的质量品质,将优质护理工作推上新的一个台阶。

参考文献

- [1] 郭松,高美霜. 腰椎手术风险管理[J]. 中外健康文摘, 2011,36(9):54.
- [2] 刘婷婷,张艺,郑旭东,等. 运用品管圈提高体检者静脉采血满意度的实践[J]. 中国护理管理, 2013,13(6):9-11.
- [3] 刘庭芳,刘勇. 中国医院品管圈操作手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:1-3.
- [4] 李斌,曾艳,吴伟. 品管圈在推进急诊患者安全转运交接管理中的作用[J]. 中国全科医学, 2010,13(17):1924-1925.
- [5] 张幸国. 医院品管圈活动实战与技巧[M]. 杭州:浙江大学出版社, 2010:49.
- [6] 徐曙光,黄郁,阮思美,等. 影响手术室周转的护理因素分析[J]. 吉林医学, 2013,34(26):5510-5511.
- [7] 蔡秀乔,胡跃芬. 品管圈在落实患者身份识别标识中的应用研究[J]. 重庆医学, 2015,44(1):115-117.

[8] 王临润,汪洋,张相宜,等. 品管圈管理在医疗机构中的应用价值[J]. 医药导报, 2012, 31(6): 823-826.

[9] 豆大海,孟玲. “品管圈”活动在住院药房退药管理中的应用[J]. 药学与临床研究, 2010, 18(5): 489-491.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.22.053

[10] 黄群,周凯云. 品管圈在提高烧伤病人床单元舒适度中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(14): 1692-1693.

(收稿日期:2016-02-20 修回日期:2016-04-15)

腰穿鞘内注药治疗结核性脑膜炎患者的疗效观察

张晓蓉¹, 樊安芝^{2△}

(重庆市公共卫生医疗救治中心:1. 结核四科;2. 结核一科 400036)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)22-3161-02

结核性脑膜炎(简称结脑)是结核分枝杆菌经血液循环或直接途径侵入蛛网膜下间隙,引起软脑膜、蛛网膜进而累及脑神经、脑实质、脑血管和脊髓的疾病^[1]。腰穿鞘内注药是结脑患者的一种重要治疗方法,可以减少患者的治疗费用,同时鞘内注射药物的起效时间明显短于通过静脉输注药物^[2]。腰穿鞘内注入异烟肼、地塞米松的主要并发症有:损伤脊髓、神经根,急性蛛网膜炎,术后低颅内压综合征,感染、出血等。采取认知干预,术中、术后护理干预,预防护理等护理措施,能有效降低腰穿鞘内注药并发症的发生,提高患者的舒适度。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2015 年 6 月,本院收治结脑患者 358 例,其中男 188 例,女 74 例,年龄 12~79 岁,平均 43.6 岁。需要腰穿鞘内注药治疗的结脑患者 262 例,观察腰穿鞘内注药后并发症的发生情况及患者舒适度的改变情况。

1.2 方法

1.2.1 一般护理

1.2.1.1 腰穿鞘内注药术前护理 向患者及家属讲解手术目的、术中配合要点、治疗情况;予心理护理,消除患者疑虑,使其积极配合医生治疗;训练患者在床上大小便。

1.2.1.2 腰穿鞘内注药术后护理 指导患者取去枕平卧位 4~6 h,向患者及家属说明体位的重要性,保持病房安静,鼓励患者进食高热量、高蛋白、维生素丰富的食物,予以生活协助及心理护理。

1.2.1.3 病情观察 密切观察患者神志、瞳孔、头痛、恶心、呕吐、呼吸、血压情况,如有异常情况,立即告知医生,积极处理,保证患者安全。

1.2.2 专科护理

1.2.2.1 避免损伤脊髓、神经根的护理 腰穿鞘内注药术是一项创伤性治疗,有可能损伤脊髓、脊神经根,引起患者下肢等处放射性剧烈疼痛或麻木感。很多患者会产生畏惧心理和紧张情绪,给操作者造成一定的困扰。

1.2.2.1.1 认知干预 患者术前对腰椎穿刺检查持恐惧心理,精神紧张,对检查的必要性和安全性认识不足,抱犹豫态度^[3]。耐心地给患者及家属说明腰穿鞘内注药术的目的,讲解需要患者配合的注意事项及相关知识宣教,让患者及家属认识到其必要性与重要性,提高患者的依从性,增加患者的安全感及心理适应能力。

1.2.2.1.2 术中护理 协助患者侧卧于硬板床,摆好体位,让

患者双肩连线和双侧髂嵴连线同操作台垂直,大腿屈曲,头颈屈曲向胸部,使脊柱达到最好的屈曲效果,增加椎间隙,利于进针,避免损伤脊髓、神经根。操作开始后,为了缓解患者的紧张恐惧心理,护士要有意和患者轻声交谈(如家庭情况、饮食情况、睡眠情况等),以分散患者注意力,或肢体语言(如握其手或膝部)进行鼓励与安慰^[4]。

1.2.2.3 急性蛛网膜炎的护理 腰穿鞘内注药可引起急性蛛网膜炎,表现为头痛、颈背痛、恶心、呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状。鞘内注药后监测患者的意识、瞳孔、生命体征,观察有无恶心、呕吐、头痛、头晕等不适^[5]。若出现头痛、恶心、呕吐时,评估患者头痛、呕吐的性质,观察呕吐物的颜色、量、性质,遵医嘱给予 20%甘露醇或 50%葡萄糖等降颅内压处理。若患者发生意识障碍、双侧瞳孔不等大等圆、呼吸不规则时提示颅内压继续增高或有脑疝形成,立即协助患者取平卧位、氧气吸入,并及时告知医生,遵医嘱给予降颅内压处理。对恶心、呕吐剧烈者,将弯盘置于患者口角旁,协助口腔护理。对颈背部轻度疼痛者给予湿热敷、TDP 灯局部照射,改善血液循环,松弛肌肉,缓解疼痛;对中、重度疼痛者,可局部涂抹扶他林软膏,减轻局部炎症,必要时遵医嘱给予镇痛剂。对头晕的患者,使用床护栏,做好安全管理。因高热可加速脑细胞代谢,加重脑组织缺氧,从而使脑组织水肿而导致颅内压增高,故对发热患者,指导适量饮水,遵医嘱降温处理,保持皮肤清洁^[6]。

1.2.2.4 低颅内压综合征的护理 颅内压是指颅腔内容物对颅腔壁所产生的压力,正常颅内压 5~15 mm Hg^[7]。低颅内压综合征是指侧卧位时腰部蛛网膜下腔的脑脊液压力,在 4.4 mm Hg 以下,以体位性头痛为特征的临床综合征。主要表现为剧烈头痛,常伴有颈僵、恶心、呕吐,畏光、视物模糊、眩晕、步态不稳等症状。(1)用药护理。由于大剂量使用异烟肼,鞘内注射数小时后患者可发生迟发性瘫痪、大小便潴留等症状,安抚患者紧张情绪,解释停止鞘内注药 3~5 d 后,症状可自行消失,逐步恢复正常^[8]。遵医嘱严格使用脱水剂、利尿剂,静脉补充生理盐水或低渗盐水,以增加脑脊液的生成,恢复颅内压。(2)预防护理。向患者及家属讲解低颅内压综合征的预防知识。患者手术后体位、姿势不正确者易发生头痛,过早下床活动或活动量大易引发头痛^[9]。嘱患者腰穿鞘内注药后绝对卧床休息,达到改善脑脊液循环的目的。鼓励患者每日饮生理盐水 3 000~4 000 mL,促进脑脊液的生成。

1.2.2.5 预防感染及出血的护理 (1)预防感染的护理。首