

质量控制小组管理模式在手术室护理管理中的应用

孙锦花

(延边第二人民医院手术室, 吉林 延边)

摘要:目的 分析质量控制小组管理模式在手术室护理管理中的应用效果。方法 2016 年 1 月至 12 月医院共开展手术 2323 例次, 常规手术室护理质量管理。2017 年 1 月至 12 月, 医院开展手术 2489 例次, 质量控制小组管理模式进行持续质量改进。2017 年尝试开展切口感染、无菌物品、手术室路径规范、压疮等并发症预防、病情监护、术中出室等问题质量改进。结果 2017 年术中呼吸循环紊乱、术中出血、低体温、压疮、手术室相关感染、并发症合计发生率、术中出室率、药械问题发生率低于 2016 年, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在手术室护理管理中应用质量控制小组管理模式, 可明显提升手术室护理质量。

关键词: 手术室; 质量管理; 质量控制小组; 护理质量

中图分类号: R47 **文献标识码:** B **DOI:** 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.35.084

本文引用格式: 孙锦花. 质量控制小组管理模式在手术室护理管理中的应用 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(35): 133-134.

0 引言

因微创手术的普及、人口老龄化、创伤事件的增多, 我国的手术开展数量呈快速上升趋势。手术具有创伤性, 可引起并发症, 有时手术相关的感染如切口感染, 会导致严重不良预后, 危害较疾病更严重。手术室护理质量直接影响手术并发症发生风险, 为进一步提高手术室护理质量, 医院 2017 年尝试组建质量控制小组, 取得较好的效果, 现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

医院每年开展手术 2200-2600 例次, 2016 年 1 月至 12 月医院共开展手术 2323 例次, 其中男 1310 例、女 1013 例, 平均年龄 (54.4 ± 16.2) 岁。2017 年 1 月至 12 月, 医院开展手术 2489 例次, 其中男 1143 例、女 1346 例, 平均年龄 (55.3 ± 17.2) 岁。

1.2 方法

1.2.1 改进前

在改进前 2016 年, 医院手术室质量管理主要包括手术室器械管理、无菌物品管理、手术室压疮预防管理等, 由质控中心进行季度、年度评价, 对于重大的问题进行改进。

1.2.2 改进后

成立质量控制小组, 由手术室护士组成, 各个科室护士组建相应科室的质控小组, 成员在 4-10 名不等, 护士长作为组长。护士长负责本科室手术室的培训, 共同制定改进对策。在 2017 年依次进行了以下改进:

(1) 切口感染问题: ①提高协助缝合技术, 推广单层缝合, 合理地应用胶原蛋白丝线; ②加强术中的冲洗管理, 提高药物选择质量, 如高浓度的甲硝唑适合腹部切口; ③切口缝合时, 选择壳聚糖、洁悠神长效抗菌敷料等外用, 在切皮前、缝皮前使用; ④术中使用抗菌改良抗生素浸润铺巾, 减少切口张力, 还可减少细菌切口定植; ⑤肥胖对象, 术中进行有效的切口冲洗, 协助进行皮下引流^[1]。

(2) 无菌物品管理: 在过去常规方法进行无菌物品管理, 每月手术室都进行 1 次无菌物品大检查。在改进后, 采用不同颜色分别表示不同过期时间的标识标志, 如红色代表 1 年过期, 需要及早使用^[2]。

(3) 手术室护理路径的规范: 质控小组尝试建立阑尾切除术、胆囊切除术等手术的护理路径。基本的路径内容包括: ①术前护理: 核对液体、仪器、手术室环境温湿度 ($22-24^{\circ}\text{C}$ 、 $40-60\%$), 确认医师的操作习惯、要求。清点手术器械、一次性用品、药物等, 协助医师穿戴防护衣、佩戴手术套, 若间隔上次手术时间不超过半小时, 需要快速采用消毒剂擦拭墙壁、物品表面, 静止随意走动, 开启紫外线灯照射消毒 30min。患者准备, 核对患者的术前准备情况, 包括安全需知、

内科疾病控制情况等。②术中管理: 包括眼部处理、皮肤准备、体位管理、麻醉管理、体征监护、仪器设备的性能管理等。③术后护理: 包括出室管理、药械与器械的清点等^[3]。

(4) 压疮、低体温等手术室并发症的预防护理: ①针对压疮: 进行压疮的风险预测, 将手术时间 $\geq 2\text{h}$ 、合并代谢性疾病、卧位手术、高龄、肥胖对象作为压疮发生的主要危险因素。准备充足的预防器械, 如赛肤润、3M 透明敷贴、泡沫敷料、医用高分子凝胶减压垫等, 在受压部位需要合理地应用这些器械, 以分散压力, 在术中避免浸湿皮肤, 及时擦拭, 维持皮肤干爽的状态, 做好与科室的配合, 加强术前准备, 纠正营养不良、改善代谢状态^[4]; ②针对低体温: 将时间 $\geq 2\text{h}$ 、合并代谢性疾病、冲洗液量 $\geq 1000\text{ml}$ 、输液量 $\geq 1000\text{ml}$ 、麻醉时间较长、全麻作为危险因素, 加强与科室的合作, 做好术前准备, 控制应激水平, 提高输液、气体、冲洗液的温度管理, 必要时进行手术台预热、术中保温以及主动加温管理, 如适度地提高输液箱中输液出箱时的温度, 达到 39°C , 避免在经导管输送后温度下降过快; 合理地应用保温毯, 减少热量散失^[5]。

(5) 病情监护: 主要针对严重的呼吸循环紊乱, 如失血性休克对象, 需要加强术中的监护, 主要包括一般监测, 如生命体征、皮肤、神志状态、血流动力学指标、实验室指标等。在术中合理地应用有创动脉血压、血气分析与动脉血乳酸, 术中重视气道与呼吸道管理、循环通路建立与液体复苏护理配合^[6]。

(6) 术中出室预防: 重视术前准备, 护士需要在术前解决个人的生理问题, 减少术中个人问题出室, 加强术前材料的核对, 双人核对, 做好与医师的协调。手术室护士需要与后勤处做好合作, 了解器械保养、故障发生风险, 减少术中器械故障问题。

1.3 观察指标

2016、2017 年的手术室相关感染等并发症发生情况, 相关不良事件发生情况, 包括术中出室、药械问题等。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 软件进行数学分析, 并发症发生情况、相关不良事件发生情况采用 (%) 表示, 组间对比采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2017 年术中呼吸循环紊乱、术中出血、低体温、压疮、手术室相关感染、并发症合计发生率、术中出室率、药械问题发生率低于 2016 年, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

3 讨论

手术室护理对质量要求较高, 在开展质量控制小组管理模式持续质量改进前, 采用常规护理, 小组讨论后分析切口

表 1 2016-2017 年手术室相关感染等并发症、不良事件发生情况对比

组别	指标	术中呼吸循环紊乱	术中出血	低体温	压疮	手术室相关感染	其他	合计	术中出室	药械问题
2017 (n=2489)	<i>n</i> %	35 1.4*	13 0.5*	27 1.1*	1 0.04*	11 0.4*	8 0.3	95 3.8*	10 0.4*	6 0.2*
2016 (n=2323)	<i>n</i> %	63 2.7	21 0.9	42 1.8	6 0.3	25 1.1	13 0.6	170 7.3	28 1.2	25 1.1

注：与 2016 年相比，* $P < 0.05$ 。

感染、无菌物品、手术室路径规范、压疮等并发症预防、病情监护、术中出室等问题质量改进。结果显示，2017 年并发症合计发生率、术中出室率、药械问题发生率低于 2016 年，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，手术室护理质量明显提升。

质量控制小组具有以下优势：①符合“品管圈”理念，由护士自发的进行讨论，发挥群体智慧，群策群力，更容易发现护理问题，进行护理循证，制定科学的改进措施；②让普通护士也参与到护理管理之中，调动成员的能动性，提升小组成员的质控水平^[7]。

当然需要注意的是，质量控制小组也存在不足，客观上一定程度抑制了小组外护士的自我提升，同时制定了一系列的护理措施并未达到全面的落实。如手术室护理路径的规范落实较差，路径的适用标准管理效果差，路径脱离率较高^[8]。

总之，在手术室护理管理中应用质量控制小组管理模式，可明显提升手术室护理质量。

参考文献

- [1] 先疆燕,王忠,王荣丽,等. 手术部位感染危险因素的 meta 分析 [J]. 外科研究与新技术,2017,6(1):39-43.
- [2] 冯漫. 浅论在手术室无菌物品管理工作中应用五常管理法的效果 [J]. 当代医药论丛,2016,14(19):163-164.
- [3] 何秀兴. 巡回护士标准作业程序在手术室安全管理中的应用 [J]. 护理实践与研究,2015,12(04):92-93.
- [4] 董文娟,魏晓英,陶颖,等. 探讨质量控制小组管理模式在手术室护理管理工作中的应用效果 [J]. 中国继续医学教育,2016,8(20):262-263.
- [5] 吴娟娟. 质量控制小组管理模式在手术室护理管理中的应用分析 [J]. 中国卫生标准管理,2016,7(4):218-219.
- [6] 刘雪霞. 分析质量控制小组管理模式在手术室护理管理中的应用 [J]. 中国卫生产业,2016,13(8):140-142.
- [7] 马晶. 质量控制小组管理模式在手术室护理管理中的应用 [J]. 中国继续医学教育,2017,9(3):252-253.
- [8] 杨美乐. 质量控制小组管理模式在手术室护理管理工作中的应用分析 [J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(49):191-194.

(上接第 132 页)

况,结果发现研究组(加强护理综合管理)感染率、住院时间、住院费用均优于对照组(常规护理),且差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述,护理综合管理的实施,很大程度上降低了本院手术室感染的发生率,保障了患者的生命安全,缩短患者的住院时间,节约了住院成本,具有进一步在手术室应用的临床价值。

参考文献

- [1] 张明霞. 预防手术室感染的护理综合管理方法与效果 [J]. 医学信息,2016,29(24):212-213.
- [2] 屠晓微,李超,于微微,等. 洁净手术室医院感染存在的问题及护理管理对策 [J]. 中国卫生产业,2017,14(7):116-117.

- [3] 元华云,谢小玲,张绿云. 持续质量改进在手术室防止患者术中低体温的效果观察 [J]. 中国医药指南,2014,25:15-16.
- [4] 毛祥芬. 手术室护理管理对患者手术室内感染的预防效果 [J]. 湖北民族学院学报(医学版),2016,33(4):54-56.
- [5] 沈黎黎. 手术室细节护理管理预防腹部手术切口感染的效果分析 [J]. 实用临床医药杂志,2016,20(12):85-87.
- [6] 王萍,陈瑜. 医护一体化感染控制管理模式对手术室医院感染及护理质量的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(42):16-17.
- [7] 潘闰梅. 采取细节护理对预防手术室感染及患者满意度比较分析 [J]. 当代医学,2016,22(28):114-115.
- [8] 许红红,刘允香,黄婉锋. 加强护理管理工作对预防医院感染的作用 [J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(3):89-90.