

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.050

“医护一体化”在手术安全核查中的应用

甘晓琴, 陈 娟, 刘小铃, 李寿兰, 郑朝敏, 毕玉田[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所麻醉科手术室, 重庆 400042)

[中图分类号] R472.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0565-02

手术安全是医疗质量的重要环节之一^[1], 直接影响手术患者的生命安全。医疗机构评审委员会(JCAHO)认为, 所有的错误手术都是可以且必须预防的^[2]。本院实施手术安全核查制度, 制订《手术安全核查表》及手术安全核查流程用于手术安全核查, 但是效果并不理想。为加强手术患者的医疗安全, 保证手术患者的手术正确, 根据卫生部及院所, 结合本院实际实施手术安全核查情况, 从 2013 年 6 月起, 本院实施“医护一体化”管理, 对手术安全核查进行专项管理, 成效显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年 3—8 月共随机抽查手术 6 608 例, 2013 年 3—5 月随机抽查手术 2 744 例, 2013 年 6—8 月实施“医护一体化”管理, 随机抽查手术 3 864 例, 检查干预前后手术安全核查执行不正确例数, 对干预前后手术安全正确执行率进行比较分析。

1.2 方法

1.2.1 成立“医护一体化”管理小组 由院所机关牵头, 医教部、医疗科、麻醉科手术室及手术科室共同成立管理小组, 麻醉科主任担任组长, 麻醉科副主任、手术室护士长、各手术科室主任及护士长担任组员并制订相应的工作目标、工作内容及工作流程, 对手术安全核查的正确执行进行专项管理。评价指标: 手术安全核查正确执行率。

1.2.2 现状调查及原因分析 “医护一体化”管理小组对 2013 年 3—5 月手术安全核查进行了回顾性调查分析, 具体内容见表 1。原因分析主要由以下几点导致, (1) 科室部门重视不足, 缺乏沟通: 手术患者的安全核查是一项多部门、多人员、多环节的同共协作, 涉及多部门、多人员、多环节的复杂过程^[3], 相关部门及科室应相互协调及沟通配合, 增强各部门之间的理解与协作, 才能正确有效地实施手术安全核查。(2) 医护人员重视不足: 从调查中发现, 部分医护人员在术前通过术前访视、术前准备、术前与患者及家属沟通等已经对患者非常了解, 在患者进入手术室后自认为已经全面地掌握了患者的相关信息, 从思想上产生了一定的抵触情绪和侥幸心理。(3) 医护人员之间缺乏沟通: 大量研究显示, 手术团队成员之间缺乏信息交流或沟通不足是导致手术的危险因素之一^[4]。在传统的医护关系中, 医生下达医嘱, 护士往往都是被动地执行医嘱, 同时手术医生和麻醉医生缺乏相应的交流, 造成信息交流不畅或不全。(4) 核查流程不熟悉: 在调查中发现, 部分医护人员对核查流程不熟悉。(5) 科室部门管理不足: 医教部及麻醉科手术室监督力度不够, 对医护人员未能进行不定期的抽查和监管, 导致了部分医护人员从思想上忽视了手术安全核查的重要性和必要性。见表 1。

表 1 2013 年 3—5 月手术安全核查不正确执行情况

核查时间	正确例数(n)	不正确例数(n)	百分比(%)
麻醉开始前	968	288	22.93
手术开始前	768	98	9.22
离开手术间前	443	189	29.91

1.2.3 干预措施 (1) 加强学习, 提高医护人员意识: 由院所机关牵头, 组织麻醉科手术室及手术科室全体医护人员进行《手术安全核查制度》相关内容学习, 增强手术安全意识。(2) 明确职责, 加强医护人员有效沟通: 医护之间的良好沟通与协作是多年来关注的重点, 其重要性已在患者安全和健康保健的实施效果方面得到证实^[5-6]。手术安全核查需要手术团队成员之间相互沟通, 确保手术安全核查的正确进行。(3) 完善核查流程及制度, 强化正确手术安全核查意识: 麻醉实施前, 三方通过患者腕带、手术通知单及手术同意书一起确认手术患者相关资料; 若遇到急诊患者(绿色通道)需要立即实施手术抢救时(联系不到家属), 三方必须知晓原因并同时达成共识, 作好手术前各项准备。本院统一规定由主刀医生或经治医生使用专用油性记号笔于手术部位标记“△”(等腰三角形), 顶角朝向手术切口, 如没有标识或标识不正确者, 麻醉医生和手术护士有权利拒绝进行麻醉诱导和下阶段的手术准备; 若发现患者相关信息不符时, 通过确认影像资料、病历记录等进行多方位核实(同时确认影像资料放置方向正确, 避免放置方向错误导致相关信息错误), 确认后由主刀医生重新开具手术通知单并签字确认; 本院手术室统一在手术间内放置小白板, 患者进入手术间由三方确认核查后, 由巡回护士将患者主要信息写在白板上(包括姓名、性别、血型、手术方式等), 起到加强提醒患者信息的作用。麻醉医生主持并让每个医护人员停下来进行核查。手术开始前, 三方口头确认手术部位和手术名称; 预防性应用抗菌药物的目的在于降低外科手术感染的发生率与病死率^[7], 确认时发现未使用抗菌药物, 应该马上给药; 使用时间已经超过了 60 min, 手术医生应该重新下达医嘱。三方应各自陈述风险预警和关注事项, 达成共识, 完成核查, 开始手术。离开手术间前, 三方再次共同核对患者身份, 分别在《手术安全核查表》上签字并将患者一起护送离开手术间。根据术中实际操作确认手术方式并由麻醉医生做好记录; 确认手术标本; 确认患者的各种管道是否完整、通畅、安全等。(4) 开展多种形式的学习活动, 明确手术安全核查的操作规范: 制作成核查流程示意图张贴于各个手术间; 利用科室晨会时间, 由医护人员现场模拟演示并制作教学视频, 用于医护人员学习, 更加直观、形象地了解并熟悉手术安全核查流程。(5) 医教部及科室加强监督, 确保手术安全核查正确有效地落实: 医教部安排专人不定期到手术室进行监管, 周会通报监管情况, 麻醉科手术室制订手术安全核查检查表, 由专人随机进行监督检查并及时记录, 每周进行 2 次, 每月进行汇总分析, 将结果进行通报, 并提出整改意见和措施。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行处理, 计数资料采用百分比表示, 比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

实施“医护一体化”管理后, 手术安全核查不正确为 39 例, 麻醉开始前核查不正确占 1.08%, 手术开始前核查不正确占 0.74%, 离开手术间前核查不正确占 1.22%, 具体内容见表 2;

实施干预前手术安全核查正确执行率为 79.41%，干预后手术安全核查正确执行率为 98.99%，实施“医护一体化”管理后手术安全核查正确执行率得到明显提高，差异有统计学意义 ($\chi^2=807.4, P<0.01$)，见表 3。

表 2 2013 年 6—8 月手术安全核查不正确执行情况

核查时间	正确例数(n)	不正确例数(n)	正确执行率(%)
麻醉开始前	1 656	18	1.08
手术开始前	1 208	9	0.74
离开手术间前	973	12	1.22

表 3 干预前后手术安全核查正确执行情况比较

时间	n	正确例数(n)	不正确例数(n)	正确执行率(%)
干预前	2 744	2 179	575	79.41
干预后	3 864	3 825	39	98.99

3 讨 论

3.1 “医护一体化”管理显著提高了手术安全核查正确执行率

医护合作作为医生护士之间的一种可靠的合作过程，在这过程中医护双方都能认可和接受各自行为和责任的范围，能保护双方的利益和共同实现的目标^[8]。从表 1~3 中可以看出，进行“医护一体化”管理后，手术安全核查正确执行率明显提高，在持续进行检测阶段手术安全核查正确执行率接近 100%，这说明“医护一体化”对手术安全核查正确执行的管理干预是有效的。医护人员之间从传统的工作模式逐渐发展成相互协作，相互理解并相互监督的模式，在最大程度上发挥出医护人员各自的主观积极性和能动性，在本着以“患者为中心的”的宗旨之下，以平等、互助、协同的态度和方式进行最大化的有效沟通，尤其是强化了护士的角色，提升了护士的专业价值，从而提高了护士的工作积极性，形成医护互相尊重、平等合作的积极健康工作方式^[9]。

3.2 实施“医护一体化”管理需要各科室部门参与和配合 手术安全涉及手术科室、麻醉科、手术室及医院其他相关科室之间的相互协作，各部门科室的良好合作，不仅能保障正确的手术患者、正确的手术部位和正确的手术方式，减少因依从性差、核查不到位而引发的手术差错事故，还能促进手术成员团队间的有效沟通，进一步提高安全意识和风险防范意识，以最大限度保证患者的安全，避免医疗纠纷的发生^[10]，因此，这需要各个部门的支持与配合，需要院所领导及机关的重视和协调，各个手术临床科室和麻醉科手术室的有效配合及手术医生、麻醉医生、手术室护士之间的重视和配合，在手术安全核查中相互沟通、反馈、监督、改进和实施。

3.3 实施“医护一体化”需要医护人员之间沟通交流，相互配合 手术的安全顺利完成不是某一个个体完成的，而是整个手术团队实施完成的，因此加强手术团队医护人员的沟通交流目的是在提高手术的安全性，减少不必要的手术死亡和并发症。

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.051

手术安全核查贯穿整个手术过程中，将手术分成了三个阶段，即麻醉开始前、手术开始前、患者离开手术间前，每个阶段都至关重要，且相辅相成。医务人员在整个手术过程中需要重视每一个阶段手术核查的重要性，确认正确后方可进行下一阶段工作，这就需要医务人员的高度重视，认真落实，同时参与其中，相互配合，进行及时有效的监管和反馈。

“医护一体化”管理是确保手术安全顺利开展的必然趋势，也是近年来大力倡导的一种新的医护之间的合作模式，进一步强调了医护人员的协作和沟通，在最大程度上激发了医护人员的积极性和能动性，更好地服务于手术患者，确保手术安全顺利进行。因此，大力提倡“医护一体化”管理理念，共同发挥医护人员的主观能动性和积极性，深化手术安全核查制度和流程的改进，制订切实可行的手术安全核查制度与流程，加强医护人员之间的有效沟通，相互监督，相互协作，防止手术意外事件的发生，确保手术患者的生命安全和手术安全，得到手术患者的信任，从而进一步提升医疗护理质量。

参考文献

- [1] 谭玉聪,朱学明.手术安全核查制度在手术不同阶段的应用效果[J].全科护理,2011,9(7B):1787-1788.
- [2] Forstneger M. JCAHO officials provide guidance on new patient safety goals. [J]. Biomedl Instrum Technol, 2005, 39(1):39-40.
- [3] 陈肖敏,周敏燕,童彬.多部门合作的手术核对制度在我院的实施[J].中华护理杂志,2008,43(1):4.
- [4] 李柳英,戴红霞,张石红.手术患者核对表在预防手术错误中的应用[J].护理研究,2006,20(5):1294-1295.
- [5] Arforol PH. Nurse-physician communication: an organizational accountability [J]. Nurse Econ, 2005, 23(2):72-76.
- [6] Weeks MB. Nurse-physician communication discourse analysis [J]. Can Open Room Nurse J, 2004, 22(4):3-37.
- [7] 郭颖华,赵金康,贾筠,等.100例I类切口围术期抗生素应用调查与分析[J].中国医院用药评价与分析,2010,10(4):304-306.
- [8] American Nurses Association. Nursing's social policy statement: The essence of the profession, 2010 Edition [M]. Georgia. American Nurses Association, 2010.
- [9] Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, et al. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses [J]. Am J Crit Care. 2012, 21(2):e41-52.
- [10] 程彬,韩晨光,梁佳敏,等.加强手术安全核查防范医疗差错事故[J].中国卫生质量管理,2010,17(2):13-15.

(收稿日期:2016-10-11 修回日期:2016-11-12)

微创经皮肾镜钬激光碎石术后肾周出血 18 例原因分析及护理

蒙小琴,许思怡,张雪萍,邓 琴

(海南医学院附属医院泌尿外科,海口 570102)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0566-02

近年来,随着内窥镜技术的快速进展,微创经皮肾镜钬

激光碎石(percutaneous nephrolithotripsy, PCNL)在临床上广