

法实施主要是凭经验法则和逻辑思维方法描绘作业流程,对结果分析具有一定主观性,而且流程图的绘制及风险评估耗时较多,实施时注意团队成员的认知度,尽量采用相对客观的方法确定失效模式,并注意考量风险管理的范围及步骤,避免主观性及降低成本。

参考文献

- [1] MANSER T, FOSTER S. Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts[J]. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2011, 25(2): 181-191.
- [2] ARRIAGA A F, ELBARDISSI A W, REGENBOGEN S E, et al. A policy-based intervention for the reduction of communication breakdowns in inpatient surgical care: results from a Harvard surgical safety collaborative[J]. Ann Surg, 2011, 253(5): 849-854.
- [3] 姚琳, 王薇. 医疗失效模式与效应分析在护理安全管理中的应用现状[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(4): 260-262.
- [4] 成岚, 孙纽云, 王莉, 等. 英美加澳和中国台湾地区医疗风险管理方法与评估工具的比较研究[J]. 中国循证医学杂志, 2011, 11(11): 1240-1246.
- [5] 丁力, 蒋银芬, 张妍, 等. 医疗失效模式与效应分析在静脉用药安全管理中的应用[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(3): 216-218.
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.01.049

- [6] 庄晓艳, 许勤, 朱姝芹, 等. 身体约束失效风险评估与管理对策的研究[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(7): 816-820.
- [7] 易凤琼, 曾彦超, 胡军, 等. “患者术前准备核查清单”的设计及临床应用[J]. 重庆医学, 2016, 45(6): 839-840.
- [8] 周雪云. 模块情境培训模式优化手术护理交接质量[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(12): 104-105.
- [9] 丁文雅, 韩小云, 沈亚娟, 等. 手术室与病房联合质量督查在手术患者交接中的应用[J]. 护理学杂志, 2015, 30(2): 40-42.
- [10] 刘晓红, 陈蕾, 张卫星. 追踪方法学优化手术患者交接的效果观察[J]. 现代临床护理, 2013, 12(8): 69-72.
- [11] 张焕军, 张春苗, 郭爱华, 等. 医疗失效模式与效应分析在护理领域的应用进展[J]. 护理研究, 2016, 30(18): 2183-2185.
- [12] 马玲飞, 王美珍, 马玲平, 等. HFMEA 模式在手术室安全管理中的应用[J]. 医院管理论坛, 2015, 32(6): 13-15, 42.
- [13] 董文平, 丁万红, 徐建芳. 医疗失效及效应分析模式在手术室护理安全管理中的应用[J]. 护理研究, 2016, 30(1): 102-105.

(收稿日期: 2017-07-13 修回日期: 2017-09-26)

介入手术室护理风险脆弱性分析及防控措施

覃颖鲜, 邢丽, 张月

(海南省人民医院门诊部, 海口 570311)

[中图分类号] R472.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)01-0139-02

护理风险存在于临床任何操作形式中,因此需要明确护理风险的内容,同时结合护理风险本身表现出的脆弱性,需要采用良好的手段进行防控处理,以提高护理工作的安全性与可靠性,为患者提供保障^[1-2]。介入手术室是医院的重要部门之一,其护理工作一直为临床的重点内容^[3],其护理人员必须将每一项细节工作充分完成,且需加强对护理质量与安全的重视,在多个方面开展护理风险的防控。本研究针对介入手术室护理风险脆弱性分析及防控措施展开讨论,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 7 月至 2016 年 12 月行介入手术的 3 229 例患者作为观察组,选取 2014 年 1 月至 2015 年 6 月行介入手术的 2 986 例患者作为对照组。观察组中男 2 189 例,女 1 040 例,年龄 2 个月至 97 岁,平均(55.6±7.1)岁;对照组中男 1 982 例,女 1 004 例,年龄 3 个月至 95 岁,平均(56.3±7.4)岁。本研究通过医院伦理委员会认可,且所有患者及其家属均签署知情同意书,排除合并血液系统疾病、恶性肿瘤、精神障碍或其他器官功能障碍者。两组患者基本资料

比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 介入手术室护理风险脆弱性调查 回顾性分析 2014 年 1 月至 2015 年 6 月、2015 年 7 月至 2016 年 12 月两个阶段本院介入手术中护理差错事件的发生原因,分别采用 Excel 表对诱发原因进行整理,以此评估介入手术室的护理风险脆弱性因素。

1.2.2 介入手术室护理风险脆弱性防控措施 对照组患者均以常规方式进行手术室护理,观察组患者根据护理风险脆弱性分析实施防控措施,具体内容如下:(1)强化护理人员专科培训与操作技能:护理人员面对的科室患者类型较多,包括神经外科、神经内科、消化科、呼吸科、心血管科等。因此,护理人员应更好地学习理论知识和实践操作,以确保介入手术室护理风险能够规避处理^[4]。(2)加强护理人员职业素养:针对介入手术室护理人员开展职业素养培训,要求手术室护士提高自身关注度,建立以患者为中心的服务意识,强化对患者的关爱程度^[5]。同时,将护士职业素养作为工作质量评估因素之一,由职能科室给予监测,存在问题及时协调解决。(3)提高护理人

员脆弱性风险控制意识:介入手术室在近年得到较高关注,实施护理防控过程中,必须在可行性、可靠性、安全性多个层面上得到预期效果。同时护理人员需要自觉提高护理风险防范意识,要求其针对护理风险做出充分地掌握,在风险管理、护理安全等方面,要积极学习先进的理论,深刻地领会其中所代表的意义和实质上的工作,不断完善基础知识与护理技能,维持积极的服务态度^[6]。(4)加强药物监管:密切留意患者行介入手术治疗时所使用的药物情况,严格保证各类药物的合理应用,并密切关注患者用药后的临床表现,加强对使用抗肿瘤化疗药物患者的关注程度,及时反馈其不良反应并给予处理。(5)完善仪器设备防控:护理人员定期总结工作情况,着重记录术中仪器设备应用问题,将设备问题上报给职能科室以便维护。(6)脆弱性风险质量控制:积极执行三级风险质量控制体系^[7],具体划分中,护理部门执行一级风险质量控制,科室责任表现为二级,护理人员自控表现为三级。在所有的风险质量控制中,三级控制是防范风险的关键内容,也就是自控。要求护理人员自觉执行各种规程制度,并且严格按照操作流程来完成护理操作。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料以频数或百分率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 介入手术室护理风险脆弱性调查结果 本次调查结果显示,对照组介入手术室护理风险共 104 例,包括系统因素 4 例(3.8%)、护理人员因素 23 例(22.1%)、患者因素 29 例(27.9%)、仪器设备因素 17 例(16.3%)与药物因素 31 例(29.8%)。观察组介入手术室护理风险共 36 例,包括系统因素 1 例(2.8%)、护理人员因素 9 例(25.0%)、患者因素 8 例(22.2%)、仪器设备因素 8 例(22.2%)与药物因素 10 例(27.8%)。

2.2 两组患者的护理质量比较 针对问题执行有效的防控措施后,观察组患者的护理差错事件、护理纠纷事件发生率均明显低于对照组,且护理满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的护理质量比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	护理差错事件	护理纠纷事件	护理满意度
对照组	2 986	104(3.5)	89(3.0)	2 504(83.9)
观察组	3 229	36(1.1)	20(0.6)	3 217(99.6)
χ^2		4.39	4.81	8.93
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 介入手术室护理风险脆弱性因素分析

3.1.1 系统因素 系统因素指相关的制度不够健全和完善,专业培训方面有待提高,人力资源不足,设备支持仍需加强等。专业培训对护理质量有直接影响作用,护理人员配备不足会影响手术顺利进展^[8],而设备支持不充分则会直接限制临床工作的开展。

3.1.2 护理人员因素 护理人员因素主要包括专业技术、职

业素养与综合素质等方面。临床介入技术及其所应用材料的不断发展促进了介入手术的开展,但介入手术涉及人体众多系统,因此,护理人员的理论知识与操作技能均需提升。此外,介入手术室护理人员的职业素养也是引发护理风险的主要因素^[9],其护理责任心直接影响护理实施效果,一旦存在疏漏便会影响患者的手术治疗效果。

3.1.3 患者因素 行介入手术治疗的患者人数众多,其年龄自 2 个月幼儿至 97 岁高龄人群均有涉及^[10],而不同年龄段患者均有各自的生理特征,各不相同的风险程度导致护理难度较高。同时,在介入手术治疗中存在大量重症患者^[11],也促使手术护理风险较高。

3.1.4 药物因素 在治疗过程中需应用多种药物,不同药物均会对患者生理状态形成一定影响,特别在造影检查时不仅需要常规应用造影剂,部分患者同时使用抗肿瘤化疗药物^[12],其药物毒副作用较强,也会加大护理风险。

3.1.5 仪器设备因素 介入手术室的护理风险脆弱性还包括仪器设备的问题,具体表现为故障、停电等,但其发生的概率比较低。

3.2 介入手术室护理风险脆弱性防控措施分析 护理风险防控工作在执行过程中,最重要的就是从主观、客观等多方面开展。(1)主观上的护理风险防控,要求护理人员自身端正态度,承担自身应该负有的责任。介入手术室本身就是特殊的部门,再加上应对的特殊患者,直接关系到患者的生命,所以在开展护理风险防控过程中,需要与固有的护理工作有效融合在一起,按照流畅性的原则来开展,减少矛盾和冲突^[13]。(2)客观上的护理风险防控,需要护理人员提升自身的有效能力,特别是出现突发状况时,应该向医生及时报告,并积极配合医生操作,力争保障患者的生命安全^[14]。(3)护理风险防控的开展,还必须加强对护理人员内心的有效干预。考虑到介入手术室护理工作的压力较大,面对的风险较多,容易出现心理压力和负面情绪,此时,为护理人员进行心理疏导,可以减少其内心压力^[15]。从本研究结果来看,在全面了解介入手术室护理风险后,发现护理风险集中在系统、护理人员、患者及仪器等方面,针对各项问题执行有效的防控措施后,从多角度提高了介入手术室的护理安全性、可靠性,不但显著抑制了护理差错事件与护理纠纷事件的发生率,也大大提升了患者的临床满意度。

综上所述,对护理风险的脆弱性进行分析和干预,能够对介入手术室护理风险深入了解,可在很大程度上规避护理风险,将护理的安全性大幅度提升。笔者建议在日后的工作中,应针对介入手术室护理风险进一步防控,提高护理工作的水平。

参考文献

- [1] 黎明,魏清风,谢志芬,等.灾害脆弱性分析在南昌市某三级甲等医院供应室风险管理中的应用研究[J].赣南医学院学报,2016,36(4):632-636.
- [2] 冯永贤.接台手术潜在脆弱性风险评估及防范措施[J].包头医学,2016,40(2):99-100.
- [3] 李丽红,郑秀先,魏立繁,等.以无缝隙护理为目标的跨科室协作护理在下肢深静脉血栓介入溶栓(下转第 144 页)

VitB₁₂。同时,还应对 CID 有足够、正确认识,及早发现并处理,预防严重事件的发生。

参考文献

- [1] YANG J C, MOK T, HAN B, et al. A review of regimens combining pemetrexed with an epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor in the treatment of advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer[J]. Clin Lung Cancer, 2017, 6: 13.
 - [2] FENNEL D A, SUMMERS Y, CADRANEL J, et al. Cisplatin in the modern era: The backbone of first-line chemotherapy for non-small cell lung cancer[J]. Cancer Treat Rev, 2016, 44: 42-45.
 - [3] ROSS H J, WEAVER R, GOVINDAN R, et al. Randomized, open-label, phase III study of pemetrexed plus carboplatin (PemC) followed by maintenance pemetrexed versus paclitaxel/carboplatin/bevacizumab (PCB) followed by maintenance bevacizumab in patients with advanced nonsquamous (NS) non-small cell lung cancer (NSCLC) [J]. J Clin Oncol, 2013, 6(18): 31.
 - [4] NIYIKIZA C, BAKER S D, SEITZ D E, et al. homocysteine and methylmalonic acid markers to predicted avoid toxicity from pemetrexed therapy[J]. Mol Cancer Ther, 2002, 1(7): 545-552.
 - [5] TAKIMOTO C H, HAMMOND-THELIN L A, LATZ J E, et al. Phase I and pharmacokinetic study of pemetrexed with High-dose folic acid supplementation or multivitamin supplementation in patients with locally advanced or metastatic cancer[J]. Clin Cancer Res, 2007, 13(9): 2675-
- (上接第 140 页)
- 治疗中的应用[J]. 全科护理, 2016, 14(4): 374-376.
- [4] 樊俭, 陆宏伟, 张大玲, 等. 眼科连台手术护理风险前馈控制[J]. 护理学杂志, 2014, 29(16): 36-39.
 - [5] 陈廷静, 李雪, 陈金华, 等. 介入治疗护理中风险管理现状及防范措施[J]. 中国医学装备, 2014, 11(8): 335.
 - [6] 周惠芳, 周歧骥, 杨再见. 医务人员锐器伤现状调查分析与防控[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(3): 481-484.
 - [7] 陈校云, 孙纽云, 高光明, 等. 我国医疗风险成因分析及常见风险因素[J]. 中国医院, 2011, 15(5): 6-9.
 - [8] 王小婷. 采血室护理风险脆弱性分析及防控措施体会[J]. 包头医学, 2015, 39(3): 158-159.
 - [9] 李薛颖. 院感质控小组降低中晚期肿瘤患者手术室感染发生率的临床分析[J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23(12): 1738-1740.
 - [10] 任旭, 朱金玉. 探讨医院介入手术室院内感染的预防管理

2683.

- [6] HANNA N, SHEPHERD F A, FOSSELLA F V, et al. Randomized phase III trial of pemetrexed versus docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with chemotherapy[J]. J Clin Oncol, 2004, 22(9): 1589-1597.
- [7] PAZ-ARES L, BEZARES S, TABERNERO J M, et al. Review of a promising new agent-pemetrexed disodium [J]. Cancer, 2003, 97(8): 2056-2063.
- [8] SWEENEY C J, ROTH B J, KABBINAVAR F F, et al. Phase II study of pemetrexed for second-line treatment of transitional cell cancer of the urothelium[J]. J Clin Oncol, 2006, 24(21): 3451-3457.
- [9] TARRICONE R, ABU K D, NYANZI-WAKHOLI B, et al. A systematic literature review of the economic implications of chemotherapy-induced diarrhea and its impact on quality of life[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2016, 3(99): 37-48.
- [10] MCQUADE R M, STOJANOVSKA V, ABALO R, et al. Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments[J]. Front Pharmacol, 2016, 11(7): 414.
- [11] DENG C, DENG B, JIA L, et al. Efficacy of long-acting release octreotide for preventing chemotherapy-induced diarrhoea: protocol for a systematic review [J]. BMJ Open, 2017, 7(6): e014916.

(收稿日期: 2017-06-21 修回日期: 2017-09-18)

措施[J]. 中国卫生产业, 2014, 11(36): 101-102.

- [11] 侯华娟, 王妮娜, 陆婷婷, 等. 护士参与术前讨论在优化介入手术器材管理中的作用[J]. 医学研究生学报, 2013, 26(8): 894.
- [12] 石卫青, 李明月, 赵景花, 等. 四肢骨与软组织肿瘤介入化治疗的手术护理[J]. 军事医学, 2014, 38(11): 921.
- [13] 黄景香, 许秀芳, 郭丽敏, 等. 介入手术室的护理安全隐患及对策[J]. 介入放射学杂志, 2013, 22(6): 517-519.
- [14] 胡雪慧, 张美霞, 闫沛, 等. 全国介入手术室建设及护理管理现状调查与分析[J]. 中国医院管理, 2016, 36(1): 72-74.
- [15] 居克举, 倪贵华, 李明超, 等. 手术和介入治疗后交通动脉瘤围术期并发症的比较分析[J]. 重庆医学, 2017, 46(2): 234-236.

(收稿日期: 2017-06-11 修回日期: 2017-08-21)