

消化内镜微创治疗患者的护理风险管理

朱秀琴,郑娜,李荣香

Nursing risk management for patients undergoing gastroenterological endoscopy via minimally invasive approach Zhu Xiuqin, Zheng Na, Li Rongxiang

摘要:目的 探讨消化内镜微创治疗患者的护理风险管理效果。方法 选取护理风险管理实施前后不同阶段的消化内镜微创治疗患者分别作为对照组和干预组。对照组 960 例实施常规护理;干预组 2 040 例实施护理风险管理,包括护理风险识别、评估、处理和评价 4 个阶段的管理。比较两组患者不良事件及隐患事件发生率、住院患者及医生对护理工作满意度。**结果** 风险管理实施后护理不良事件及隐患事件显著少于实施前,患者的护理满意率显著提高(均 $P<0.01$)。**结论** 对消化内镜微创治疗患者实施护理风险管理,能够有效预防和减少风险事件发生,提高护理质量和患者满意度。

关键词:消化内镜; 微创治疗; 护理风险; 风险管理

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**C **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.21.072

消化内镜微创技术已逐步成为消化内科独特且成熟的治疗手段,以其创伤小、花费少、效果好,深受广大医生和患者的欢迎。但随着诊断性内镜“多样化”、治疗性内镜“扩大化”,内镜诊疗技术的风险也随之增加^[1-2]。护理风险管理是对现有和潜在的护理风险的识别、评估、评价和处理,有组织、系统地消除或减少护理风险事件的发生及风险对患者和医院的危害及经济损失,以最低成本实现最大安全保障的科学管理方法^[3],近年来应用于各科临床护理中并取得满意的效果。我科通过对消化内镜微创治疗患者实施护理风险管理,早期发现和处置护理工作中存在的安全隐患,取得较好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院主院区消化内科共有病床 140 张,护士 75 人(含护士长 5 人),年龄 22~49(29.6±6.3)岁。学历:硕士 2 人,本科 73 人。职称:副主任护师以上 2 人,主管护师 16 人,护师 39 人,护士 18 人。其中 11 人在消化内镜中心工作。每年在我科住院行消化内镜微创治疗的患者 3 000 余例。本研究将实施护理风险管理前(2018 年 7~12 月)的 960 例消化内镜微创治疗患者作为对照组,实施后(2019 年 1~6 月)2 040 例作为干预组。两组患者一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 管理方法

对照组按常规管理,内容包括:落实患者的基本评估工作,如生活自理能力、疼痛、跌倒/坠床高危因素评估等;根据医嘱对症治疗及护理,包括饮食护理、病情观察及健康宣教;用药治疗及护理等;患者发生病情变化时及时通知医生处理并书写护理记录;出院

前做好出院指导工作。干预组实施护理风险管理,包括护理风险识别、评估、处理和评价 4 个阶段^[4],具体如下。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	对照组 (n=960)	干预组 (n=2040)	t/χ ²	P
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	49.41±6.96	49.68±6.66	1.021	0.307
性别(例)				
男	528	1056	2.742	0.098
女	432	984		
手术类型(例)				
内镜下黏膜切除、剥离术	573	1313	38.110	0.000
食管静脉套扎/硬化剂注射	69	149		
胃底静脉曲张组织胶注射	72	164		
内镜下逆行胰胆管造影术	54	86		
超声内镜引导下细针穿刺术	28	45		
非曲张静脉止血	55	154		
消化道异物取出术	56	45		
消化道扩张/支架置入	36	58		
其他	17	26		
麻醉(例)				
全麻	945	1994	1.571	0.210
其他	15	46		

1.2.1.1 风险识别 组建科室护理风险管理小组,由 1 名专科护士长(任组长)、3 名护士长及 4 名高年资护士组成。通过查阅文献和对以往发生的风险事件进行回顾性分析^[5-7],确定消化内镜微创治疗的高危事件、高发时段、高危人群和关键环节。高危事件包括:误吸、低氧血症、出血、穿孔、异位栓塞、跌倒、压疮、交叉感染等。高危时段包括:术前准备 12 h、术后 48 h、术后 5~7 d 等。高危人群包括:高龄患者及儿童、合并症多者、遵医行为差、四级手术、易过敏体质者等。关键环节包括:术前准备期、麻醉苏醒期、术后转运途中、病情变化时等。

1.2.1.2 风险评估 通过头脑风暴法,小组成员系统分析风险产生的原因,进行鱼骨图分析,见图 1。

1.2.1.3 风险处理 制定以下护理风险管理策略:①健全护理工作制度、护理常规、工作流程、应急预案。如护理交接班制度、查对制度、手术核查制度、身

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科(湖北 武汉,430030)

朱秀琴:女,本科,副主任护师,护士长

通信作者:李荣香,lrx200497@qq.com

收稿:2020-05-02;修回:2020-06-20

份识别制度、危重患者转运制度、危重患者护理查房制度、仪器管理制度、药物管理制度、消毒隔离制度、护理人员培训考核制度;误吸急救流程,心肺复苏流程,呼吸机、监护仪、除颤仪操作流程,压疮管理流程,消化道大出血、过敏性休克急救流程;停水、停电、停气、跌倒/坠床等紧急预案。制定风险预警上报制度,落实三级质控体系,做好科室一级质控。质控护士每周检查,护士长每个月不定期抽查及定期检查,每个月 1 次全体护士集中评估、讨论、分析,找出存在的护理风险问题,提出整改措施,并将结果及时反馈给当事人。②注重医护人员的沟通能力培养。采用 CICARE 沟通模式,提高医务人员沟通交流技巧。及时履行告知义务,落实好健康教育。术前医护人员要将消化内镜微创治疗的目的、注意事项、大致费用及需使用的自费耗材、药品情况、风险等告知患者及家属,使患者充分了解,确定并签署知情同意书。③制定风险评估表,科学评估高风险患者。针对消化内镜微创治疗的特点,采用 Morse 跌倒评分、Braden 压疮评估、数字疼痛评分、肠道准备清洁度评估、消化道出血患者的 Rockall 及 AIMS65 评估量表、肝硬化患者 Child-Pugh 肝功能分级评估表、胆源性急性胰腺炎患者改良 Marshall 评分、危重患者 NEWS 早期预警评分量表等评定风险等级,早期识别高风险患者,提前做好预防。④规范护理文件记录。内镜微创治疗前需有术前准备的健康宣教及患者有无不适主诉、静脉留置针穿刺、生命体征、血糖等的记录;术中麻醉、苏醒情况及评估有无术中并发症;术后记录患者微创治疗方式、生命体征、主诉、病情观察、并发症识别及饮食休息的宣教等,在记录过程中要体现出及时、客观

和准确。尤其要注意高值耗材条码张贴单需妥善保管。⑤落实患者病房与消化内镜中心之间的安全转运。制定内镜诊疗患者转运交接记录本,根据患者的病情评估采取分级转运。术中出现严重并发症伴生命体征不稳定者需由管床主治医师及护士同时转运,携带好急救药品及仪器设备,采用平车或病床转运;无并发症,病情稳定的患者由支助中心工作人员使用轮椅转运,确保全程无缝隙管理,保证患者转运途中管道、用药、卧位的安全,做好每个转运环节之间的交接班。⑥加强对医护人员培训。培训方式包括病房护士与内镜室护士相互轮转学习、责任护士跟台手术现场观摩、手把手操作指导、医生授课、教学查房、情景模拟演示、病区晨间小讲课等多种形式。培训内容有:消化道大出血的急救配合、消化内镜新技术临床应用进展、内镜微创治疗并发症的处理、消化内镜微创治疗操作方法及配合、不同内镜治疗术后健康教育、不同内镜治疗方法及护理观察要点等。根据护士技术水平及业务能力不同分层管理,层级不同的护士安排在不同级别内镜微创手术中配合,以保证内镜微创手术顺利。⑦做好规范的随访管理。建立消化内镜微创治疗患者规范的出院随访登记本,登记出院诊断、内镜治疗方式、有无并发症、病检结果等。根据患者的疾病特点,采取电话回访,将随访时间定为出院后第 3、7、30 d。对部分有特殊要求(如肝硬化序贯治疗)的患者实行居家随访。随访内容为了了解患者及家属对疾病自我管理知识的掌握情况、疾病恢复程度等,出现护理问题实时解决。科室设专用电话,供出院患者电话咨询,尽最大努力满足出院患者的护理需求。

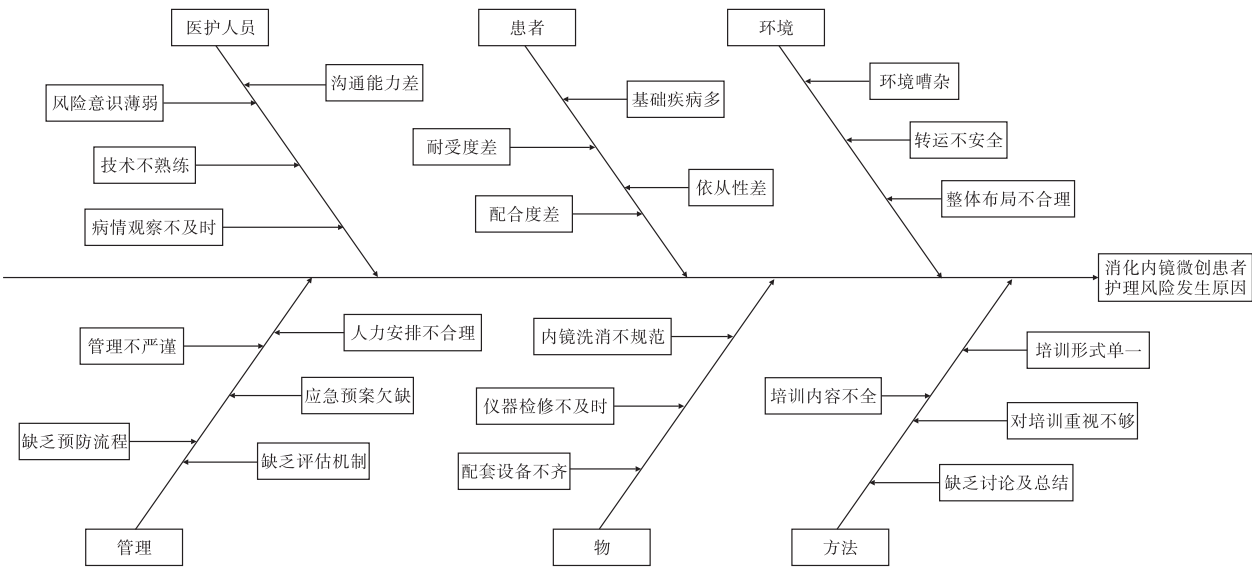


图 1 消化内镜微创治疗患者护理风险事件发生原因的鱼骨图

1.2.2 评价方法 ①护理质量。以我院护理部制定的护理质量考核标准,每个月对科室进行考评,统计

实施前后半年内的护理质量总均分。②护理安全不良事件及护理隐患事件。③患者、医生对护理工作的

满意度。采用我院自行设计的满意度调查表,每个月随机抽取 30 例消化内镜微创治疗出院当日或 1 个月内的患者及 3 名不同资历的医生进行问卷调查。调查表包括护士对患者病情熟悉情况、服务态度、服务内容和服务质量等 10 个单项;满分 50 分,评分 ≥ 45 分为满意。由专职护士在患者出院当日发放或出院 1 月内通过电话回访,患者根据自身感受进行客观、真实评分;医生对护士的满意度采用病区自行设计的问卷每月由护士长调查获得,满分 50 分,评分 ≥ 45 分为满意。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行统计分析,行 t 检验、 χ^2 检验及 Fisher 精确概率法,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组护理质量评分、护理不良事件与护理隐患事件发生率比较 实施前护理质量 88.72 分,实施后 95.76 分。两组护理不良事件及隐患事件发生率比较见表 2。

表 2 两组护理不良事件与护理隐患事件发生率比较 例(%)

组别	例数	护理不良事件	隐患事件
对照组	960	10(1.04)	12(1.25)
干预组	2040	4(0.20)	3(0.15)
χ^2		10.049	15.962
P		0.000	0.000

2.2 管理前后患者及医生对护理工作满意率比较 见表 3。

表 3 管理前后患者及医生对护理工作满意率比较

时间	患者		医生	
	例数	满意[例(%)]	人数	满意[人(%)]
管理前	180	135(75.00)	18	11(61.11)
管理后	180	176(97.78)	18	17(94.44)
χ^2		39.711		—
P		0.000		0.041

3 讨论

3.1 护理风险管理能有效提高消化内镜微创治疗患者护理安全 本研究结果显示,观察组患者护理质量评分高于对照组,护理不良事件及隐患事件发生率显著低于对照组(均 $P<0.01$),说明通过护理风险管理提高了护理质量,有效降低护理不良事件和隐患事件的发生率,与相关研究结果一致^[8-9]。护理风险管理以预防为主,系统、连续地评估现存或潜在的危险因素,采取积极有效措施,降低护理风险事件的发生率,并减少护理风险产生的危害。本研究通过加强医护人员风险意识教育,完善并落实护理制度、操作规程及应急预案;加强不同层次护士有关消化内镜护理知识的学习,拓展专业理论深度。通过分层次、多形式、

有计划的培训,病房及内镜中心护士轮转学习,有效提高护士的理论知识、技能水平;通过头脑风暴,分析风险发生的原因,析出高风险环节,采用科学的评估量表,通过及时有效评估,提高医护人员对高危患者的识别,做到有针对性的预见性护理;根据内镜手术分级管理原则,医护人员均采取培训考核取得相应资质;关注病房与内镜中心转运环节,根据病情分级转运,强化无缝隙管理,保证了医疗护理质量,降低了不良事件的发生。

3.2 护理风险管理有效提高了消化内镜微创治疗患者对护士工作的满意率 表 3 结果显示,管理前后患者对护士工作满意率比较,差异有统计学意义($P<0.01$),医生对护士的满意度也显著提高。消化内镜微创治疗患者一般在院治疗时间短,住院期间需医护人员密切配合,保证各环节良好的衔接,需良好而畅通的沟通。术前的饮食及肠道准备、术中配合及转运;术后休息、饮食、病情观察及并发症的识别,均需分阶段给患者做好健康宣教;大多数患者出院后 1~2 周在饮食、运动、用药、并发症的识别及复查时间上,有较多的困惑或问题。通过护士院内规范化的沟通模式,分阶段健康教育;出院后规范的随访,及时解答患者的疑问,使护理服务从医院延伸到家庭康复中,使患者感受到护士无微不至的人文关怀,从而提高了患者满意度。

综上所述,对消化内镜微创治疗患者实施护理风险管理,可提高护士的风险管理意识,增强对风险的识别能力,减少护理不良事件发生,提高患者满意度,提升医院管理效能。

参考文献:

[1] 李兆申. 消化内镜诊疗新进展[J]. 上海医药, 2014(1): 4-7.

[2] 肖建国, 李闻, 杨云生. 内镜检查和治疗前病人的评估及准备[J]. 中国消化内镜, 2007, 1(2): 54-58.

[3] 苏丽杰, 于奎花. 护理风险管理在产科护理管理中的应用及效果评价[J]. 护理研究, 2013, 27(31): 3553-3554.

[4] 孙玫, 杨翠芳. 护理风险管理概述[J]. 中国卫生质量管理, 2006, 13(1): 28-30.

[5] 朱秀琴, 郑娜, 刘清华, 等. 急诊内镜治疗食管胃底静脉曲张破裂出血的护理风险管理[J]. 护理学杂志, 2018, 33(5): 25-27.

[6] 中华医学会消化内镜学分会, 中华医学会麻醉学分会. 中国无痛苦消化内镜应用指南[J]. 中国实用内科杂志, 2014, 34(1): 32-36.

[7] 朱秀琴, 郑娜, 赵豫鄂. 消化内科护理质量监测指标的构建及实施[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(6): 638-642.

[8] 赖兰萍, 邹晓清. 实行风险管理提高护理质量[J]. 解放军护理杂志, 2004, 21(3): 77-78.

[9] 戚妙芬, 周颖. 护理风险管理在急诊患者安全管理中的实施效果评价[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(3): 223-224.

(本文编辑 丁迎春)