

质量持续改进理念在控制手术室感染中的应用

吴晓玲 (浙江省温州市瓯海区人民医院, 浙江 温州 325005)

广义的质量持续改进 (continuous quality improvement, CQI) 概念本质是指为满足或超过消费者的期望值所提供的一个与高品质商品或服务相关的质量改进过程^[1], 全面质量管理实现了从以往的质量保证向更新型的体制, 即持续质量改进的转变。手术室是医院的重点科室, 也是医院感染的高危科室, 其管理质量直接影响手术患者的预后。本文报道将质量持续改进的管理理念和模式应用于手术室感染控制的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

浙江省温州市瓯海区人民医院的病房手术室和门诊手术室年开展手术均为 3 500 ~ 4 000 台。护士共 13 名, 年龄 18 ~ 40 岁, 平均 (30.21 ± 16.34) 岁。

1.2 方法

以 2012 年 1 月 1 日至 2012 年 5 月 30 日为对照, 从 2012 年 6 月 1 日起在手术室实施质量持续改进措施, 为期半年。

1.2.1 建立手术室感染控制小组 在医院内设置手术室感染控制小组, 成员包括感染科人员 1 名, 手术室护长 1 名, 手术室小组长 1 名, 护理部人员 1 名。该小组由手术室护长负责, 主管感染控制工作, 监测实施每月 1 次, 内容包括: 每个手术间空气质量; 抽查 6 个物体表面; 抽查手术室医师、护士各 2 名的手卫生状况; 抽查 4 份无菌物品; 抽查 3 个消毒液细菌菌落数; 抽查 3 个手术器械清洗包。及时公布监测结果, 并上报至护理部、医院感染控制办公室, 同时召开小组讨论会。

1.2.2 完善手术室感染控制规章制度 根据中华人民共和国卫生部于 2001 年 1 月 3 日正式发布的卫医发[2001]2 号《医院感染诊断标准(试行)》规定和内容, 严格区分无菌区、清洁区、污染区, 禁止洁、污混合

通道。制定和完善手术室各项规章制度, 包括手术室工作管理制度、手术室护士工作职责、手术室护理员职责、值班人员职责、手术人员参观制度、清洁卫生制度、消毒隔离制度、标本管理制度、一次性医疗用品管理制度, 以及手术室应急预案。制定手术室医护人员自我防护制度, 并在外科洗手处、无菌物品取放处、器械清洗处等地标示醒目的提示及操作流程和规范。

1.2.3 制定手术室感染监测指标和标准 按照卫生部 2012 年 4 月 5 日发布的《消毒技术规范》的检测方法和标准, 对手术间空气、物体表面、消毒液、灭菌物品进行采样, 并观察细菌培养结果; 手术器械清洗合格标准为: 器械表面及关节、齿牙应光洁、无血渍、污渍、水垢等残留物质和锈斑。

1.2.4 组织学习相关知识 由感染科根据上一次监测和考核的结果组织手术室及医院各科室医护人员有针对性地学习医院感染控制的相关知识, 并邀请疾病预防控制中心的专家做讲座。同时, 外派手术室医护人员至省级三甲医院手术室参观学习感染控制工作, 并定期对手术室医护人员、外科医师进行标准预防技术的培训及考核。

1.2.5 形成监测考核—改善学习—实施的护理质量持续改进循环 在手术室感染控制小组的带领下, 定期对手术室感染控制情况进行抽查、监测, 对出现的问题进行小组讨论, 分析原因, 提出解决和改进的办法和措施, 加强手术室医务人员的培训, 监督和落实感染控制措施的实施, 形成一个监测考核—改善学习—实施的护理质量持续改进循环。

1.2.6 改善设施 更换洗手设备, 手术间安装空气消毒机, 改善污物通道。

1.2.7 加强管理 同感管科开展 I 类手术切口感染目标监测。

1.3 评价指标

1.3.1 手术切口感染 根据《医院感染诊断标准(试行)》, 具备下列条件之一者即可诊断为手术切口感染: 切口部位出现红、肿、热、痛或有脓性分泌物; 穿刺抽出的脓液或深部的切口引流出脓液; 自然裂开或

由外科医师打开的切口有脓性分泌物或伴有发热 38℃ 及以上,切口部位出现局部压痛;再次手术探查、组织病理学检查发现有切口脓肿或其他感染证据。

1.3.2 卫生学检测 手术间空气质量,物体表面、消毒液、手术室医护人员手、灭菌物品细菌菌落数,手术器械清洗的合格率。

1.4 统计学分析

用 Excel 软件进行描述性统计分析。

2 结果

经过半年的质量改进措施的开展实施,2012 年下半年与上半年相比,Ⅰ类手术切口感染率由 1.61% 下降至 0.31%,Ⅱ类手术切口感染率由 6.88% 下降

至 1.34%,总手术切口感染率由 6.21% 下降至 1.21%,见表 1。

表 1 2012 年两个时段手术切口感染情况比较

手术 类型	上半年			下半年		
	观察例数	感染数	感染率(%)	观察例数	感染数	感染率(%)
Ⅰ类	309	5	1.61	320	1	0.31
Ⅱ类	2 107	145	6.88	2 243	30	1.34
合计	2 416	150	6.21	2 563	31	1.21

2012 年下半年与上半年相比,手术间空气、物体表面、消毒液、手术室医护人员手卫生学检测结果,以及手术器械清洗合格率都有提高,总体卫生学检测结果合格率由 95.12% 提高至 99.27%,见表 2。

表 2 2012 年两个时段手术室卫生学检测结果比较

检测项目	上半年			下半年		
	检测数	合格数	合格率(%)	检测数	合格数	合格率(%)
手术间空气	54	51	94.44	54	53	98.15
物体表面	104	99	95.19	104	102	98.08
手术室医护人员手	72	68	94.44	72	72	100.00
消毒液	72	67	93.06	72	71	98.61
灭菌物品	54	54	100.00	54	54	100.00
器械清洗	54	51	94.44	54	54	100.00
合计	410	390	95.12	410	407	99.27

3 讨论

手术室是治疗疾病的重要科室,是感染的高危场所,其管理质量将直接影响患者的安全和预后,也是衡量医院管理水平的重要标志。而医院手术室感染控制存在较多难点,如设施落后、知识缺乏、制度不健全,手术室医护人员对标准预防、医院感染控制的知识和技术掌握欠全面等^[2-3]。持续质量改进是一种对质量持续、渐进地改善、提高、改进过程的质量管理,强调团队的参与意识,通过收集、分析资料来形成一个正反馈的循环体系。将质量持续改进应用在手术室感染控制中,通过查找感染控制管理中存在的问题,对手术室感染控制工作提出标准和规范,有针对性地改进,推动管理质量不断提高。

本研究通过成立手术室感染控制小组,建立合理的考核标准和规范,每月监测和追踪术后切口感染发生情况,对手术室感染控制中存在的问题进行分析总结,评价手术室感染预防措施的执行情况和效果。平时抽查,根据监测结果改进感染预防与控制措施的实

施,并加强对医护人员感染控制知识和技能的培训,实现质量的持续改进。通过实施护理持续质量改进,2012 年下半年与上半年相比,手术切口感染率下降,手术间空气、物体表面、消毒液、手术室医护人员手卫生学检测结果,以及手术器械清洗合格率都有提高。研究表明,通过实施感染监测和遵从正确的感染控制规范,可以提高手术室感染控制的水平。

4 参考文献

- [1] O'Neill SM, Hempel S, Lim YW, et al. Identifying continuous quality improvement publications: what makes an improvement intervention 'CQI'? [J]. BMJ Qual Saf, 2011, 20(12): 1011-1019.
- [2] 岑琴. 浅谈手术室医院感染的控制和管理[J]. 广西医科大学学报, 2008, 25(21): 69-70.
- [3] 梅红. 基层医院手术室实施医院感染标准预防中的问题与对策[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(8): 635-636.

(收稿日期: 2013-12-26)