

组,差异具有统计学意义( $\chi^2=5.5000, P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患儿家长满意度比较[n(%)]

组别	n	满意	一般	不满意
观察组	22	14(63.64)	7(31.82)	1(4.54)
对照组	22	9(40.91)	6(27.27)	7(31.82)

### 3 讨 论

先天性青光眼一般是胚胎发育异常,房角结构先天的变异造成房水的排除障碍,眼内压力升高造成了视神经受损与视野的缺失。目前研究发现 2%~15%的盲人是由于先天性青光眼致盲的,因此其造成眼部损伤较之成人更为严重<sup>[5-6]</sup>。小梁切除术是目前治疗先天性青光眼的主要治疗方法,其主要通过小梁切除术切开小梁网与 Schlemm 管的内壁,让房水直接进入 Schlemm 管来降低眼压,同时房水会通过小梁切除孔进入到巩膜瓣的下间隙,引流到结膜下从而降低眼内压力。但是由于手术的操作与患儿年龄相对偏小,因此在治疗过程中患儿容易出现并发症,这需要护理工作配合临床手术治疗。

作者在对患儿进行手术治疗的同时给予了综合护理干预措施。首先,通过健康教育、成功病例向患儿家长讲解疾病的转归情况,消除患儿家长的负面压力,建立信心,积极主动配合手术的治疗。其次做好围术期护理工作,术前做好眼部的专科准备,预防性使用滴眼液,冲洗泪道,查看是否通畅,是否有脓性分泌物,避免感染发生;术中密切注意患儿生命体征的变化情况,通过肢体语言的方式缓解患儿的恐惧与紧张,做好患儿的制动配合,避免出现磕碰等意外发生,保证手术顺利进行,建立好静脉通路,给予低流量吸氧,一旦出现异常及时配合医生进行处理;术后做好患儿体位的指导护理,避免剧烈运动,及时进行换药,观察手术情况,查看是否有分泌物和水肿出现,有异常的及时与医生联系,尽可能地保证患儿睡眠的充足,对于有出血迹象的要遵医嘱给予止血药物。第三,加强患儿基础护

理,加强营养,食物以易消化为主,多食用富含维生素 C 事物,观察是否出现便秘,饮水要控制,防止出现眼压的升高等<sup>[7-8]</sup>。本研究显示,两组治疗后眼压下降幅度比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。观察组手术并发症发生率与对照组比较,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患儿家长满意度,与对照组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

综上所述,对行小梁切除术先天性青光眼患儿实施围术期综合护理干预措施可有效降低患儿眼压,降低手术并发症发生,提高患儿家长的临床护理满意度,值得在临床上推广应用。

### 参考文献

- [1] 余兮. 青光眼引流阀治疗新生血管性青光眼患者的围术期护理[J]. 护理实践与研究, 2012, 3(9): 50-51.
- [2] 张丽萍, 王芳. 复合式小梁切除术治疗原发性青光眼的临床疗效观察[J]. 广东医学, 2011, 32(11): 1455-1456.
- [3] 吕亚静, 吴艳钦, 陈红娟. 应用临床护理路径对青光眼患者进行健康教育[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(7): 23-24.
- [4] 杜忻珍. 临床护理路径在白内障患者护理中的应用及效果评价[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(18): 16-17.
- [5] 黄海华, 黄恩娥. 临床护理路径在糖尿病性白内障患者围手术期中的应用[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(3): 63-64.
- [6] 葛峙. 综合手术治疗青光眼临床观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(6): 82-83.
- [7] 冯红彩, 刘婷婷, 张有亭. 急性闭角型青光眼 126 例的急救与护理[J]. 医药世界, 2009, 11(8): 470.
- [8] 郑天红. 32 例急性闭角型青光眼患者的围术期护理[J]. 全科护理, 2012, 10(8): 2068-2069.

(收稿日期: 2013-09-13 修回日期: 2013-11-22)

## 集中管理后的手术器械在各环节中的质量控制

马宏娴, 张 晶, 刘曼莉, 陈代松, 王 燕(大连大学附属新华医院, 辽宁大连 116023)

**【摘要】 目的** 总结该院实行消毒供应中心手术器械集中管理的实施效果,对质量控制措施进行分析总结。**方法** 该院自 2010 年 1 月之后实施了消毒供应中心手术器械集中管理制度,对手术器械进行了标准规范化的管理,本文对集中管理实施的效果及存在的质量问题进行了分析,提出质量控制措施,进一步提高手术器械集中管理工作水平。**结果** 手术器械集中管理之后,器械消毒灭菌及保存的质量有效提高,消毒供应中心参与到手术室器械管理中,减少了医院感染事件发生概率,提高了设备利用率与经济效益。**结论** 手术器械集中管理,有助于提高手术器械的管理水平,对医院发展具有重要意义。

**【关键词】** 集中管理; 手术器械; 消毒供应室; 质量控制

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)09-1286-02

现代医学的发展,对医院手术器械的清洗、消毒和管理提出了更高的要求,是对医院感染进行预防和控制的关键所在<sup>[1]</sup>。为了进一步提高器械清洗质量,本院对供应室布局和工作规范进行了调整,实施了供应室集中式消毒供应管理模式,取得满意效果,现将研究结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本院自 2010 年 1 月之后开始对手术器械实施消毒供应室集中管理制度,对回收、清点、包装、灭菌、保存等各个环节实施集中管理。抽取集中管理实施后,手术后中等污

染止血钳或持针钳 500 件,作为观察组;同时抽取集中管理实施前,手术后中等污染止血钳或持针钳 500 件,作为对照组。两组手术器械的一般资料方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 对照组器械为未实施集中管理前抽取,手术结束后由手术室护士进行初步处理、包装,再送至消毒中心进行再次消毒灭菌处理。观察组为实施集中管理之后手术器械,具体方法为手术结束后,手术室护士首先对手术器械进行初步冲洗;消毒供应中心护士到手术室对手术器械进行回收,进行清

点交接并签名;消毒供应中心护士通过专业运送车及专用通道将手术器械运回消毒供应中心;在消毒供应中心进行集中的清洗、灭菌、包装后进行存放;消毒供应中心护士将手术室常用及备用器械运回手术室,与手术室护士进行交接签字,保存在手术室的专用器械保存区域内。对观察组和对照组手术器械灭菌合格率、手术感染事件发生率等进行统计对比。

**1.3 评价标准** 手术器械清洗效果评价:采用目测法对手术器械清洗效果进行评价,基本评价标准为外观亮洁、无水迹、血迹、残留物质,齿槽和关节等精细部位无锈迹和斑点,满足以上标准则判断为合格,若出现一条不符合则判断为不合格。器械包装灭菌效果评价,检查包装是否完整、紧密,有无化学指示胶带变色,包内是否出现湿包现象,包内指示卡是否出现不均与变色等。以上指标,包装完整,密闭,无化学指示胶带、无湿包、指示卡变色均匀,为合格;反之不合格。手术感染事件发生率,统计手术器械实施前、后两组手术器械使用过程感染不良事件的发生率。器械性能满意度,通过手术室医生对器械的使用体会进行评价,如关节是否灵活,外观是否清洁,物品是否齐全,咬合和锋利程度是否满意等,调查可采用问卷调查的方式进行,划分为满意、较满意、一般、不满意 4 个等级<sup>[2]</sup>。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS13.0 统计软件进行处理,计数资料以率表示,采用  $\chi^2$  进行检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

对照组清洗合格 440 例,合格率为 85%。观察组 488 例清洗合格,合格率为 97.6%,两组合格率对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );灭菌合格率对比,对照组灭菌合格 445 例,合格率为 89%。观察组灭菌合格 490 例,占 98%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );医生对器械满意度对比,对照组满意率 85%,观察组满意度 98%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );不良感染事件发生率,对照组为 20 例,占 4%,观察组为 5 例,占 1%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨 论

**3.1 思想教育** 现代医学技术的发展,诊疗技术发展更新速度快,各类医疗器械向着高精尖的方向发展,因此对其清洗和管理维护工作提出了更高的要求。对科室人员加强思想教育,充分提高工作人员对器械消毒清洗重要性的认识,以及掌握新型设备和消毒杀菌技术的操作方法,实现思想统一。

**3.2 手术器械集中管理准备** 实施手术器械集中管理之前,首先需要进行集中管理制度建设、设备配备和人员配备的准备,是质量控制的基础环节。建立和完善质量监督制度、消毒隔离制度、安全防范制度、一次性物品检测制度、高压灭菌质量评价制度、医疗器械查对制度、物品管理制度、医院感染管理制度、外来器械管理制度、下收下送制度等;配备热水器、水枪、高压水枪、超声清洗机、器械清洗机、各类容器、器械运输车、物品柜以及操作人员需要使用的鞋、手套、眼镜、围裙等设备<sup>[3]</sup>;人员配备方面,手术室专门配备了 2 名护士到供应室进行手术器械的查对和打包工作,供应室配备 2 名护士进行手术器械的回收、清洗和核对工作。

**3.3 回收清点环节的质量控制** 首先由各科室护士进行器械回收,对器械进行初步的清洗,放入专用器械箱内送至消毒供应室污染间,供应室人员立即进行清点并由专人负责接收,与手术室护士进行交接;对受到各类传染性病原体污染的医疗器

械进行封闭包装,并标明感染性疾病的名称,由消毒供应室人员进行单独回收处理;对纵膈镜和胸腔镜等特殊的器械,应该在手术完成之后通知供应室进行专人回收,并当面完成清点和交接;医疗器械回收到供应室之后,首先在污染区进行核查和清点,并对器械进行分类,便于后期消毒。

**3.4 清洗消毒环节的质量控制** 采用机械清洗与手工清洗相结合的方法进行清洗,清洗步骤为冲洗、洗涤、漂洗和终末漂洗。集中式清洗消毒与各科室初步清洗相结合,对污染较重、对清洁程度要求高的器械,首先由各科室进行初步清洗处理,回收后再由供应室进行专业清洗消毒处理<sup>[3]</sup>。

**3.5 手术器械目测质量控制** 在清洁区对清洗完成后的器械进行目测检查,定期进行抽样隐血检查,确保清洗质量;对出现生锈、关节不灵活的器械进行锈迹清除和润滑剂浸润保养,确保器械的性能良好。按照器械包上的目录表进行器械的核对和包装,选择纸塑、全棉布包或者医用无纺布进行包装,对灭菌日期、负责人姓名和有效期等进行注明<sup>[4]</sup>。

**3.6 灭菌的质量控制** 对耐湿和耐高温物品采用真空压力蒸汽灭菌法进行灭菌,对其他设备采用过氧化氢低温等离子灭菌法;进行灭菌时需要加强物理监测、化学监测和生物监测,对真空压力蒸汽灭菌法每周进行一次生物监测,对过氧化氢低温等离子灭菌每天进行一次生物监测,各项指标检查合格之后才能进行无菌器械包的发放<sup>[5]</sup>。灭菌完成之后,由手术室工作人员通过专用清洁通道密闭运回手术室,手术室护士检查合格交接之后,按照有效期先后顺序存入存放间备用。

综上所述,本院实施了手术器械集中管理之后,加强对手术器械管理各个环节的质量控制,医疗物品、器械的清洗、消毒、包装、存储的运送等各个环节都由专业的供应室人员完成和参与,保证了工作的质量;集中式消毒供应便于对医疗物品和器械实施统一的管理、维护和保养,器械保养及时、专业,减少了器械损伤,延长了器械使用寿命。手术器械集中管理还有效促进了工作效率的提高,实现了运营成本的降低。手术室与供应室配合进行器械清洗,减少了人员和清洗设备的投入,实现了人员、清洗设备和场所的高效利用,节约维护了成本;减轻了手术室护士的工作强度,器械护士不仅需要在术中配合,还要在术后进行器械的清洗,工作强度过大,不能有效保证清洗工作的质量,集中式消毒管理之后,器械清洗交由供应室人员进行清洗,即提高了清洗的专业水平,又减轻了手术室护士的工作强度,保证工作质量。

## 参考文献

- [1] 周翠兰,曹军香.手术室与供应室清洗器械一体化管理体会[J].齐鲁护理杂志,2008,14(4):40-41.
- [2] 黄虹,吴惠平,罗伟香,等.香港医院中心供应室工作特色[J].护理管理杂志,2003,3(2):57-58.
- [3] 石义菊,曹丽霞.消毒供应中心实施手术器械集中管理的实践及体会[J].全科护理,2012,10(22):2084-2085.
- [4] 漆光玉,莫玉英,潘姚,等.手术器械在供应室集中管理的难点与对策[J].检验医学与临床,2011,8(12):1528.
- [5] 廖春华.消毒供应室对重复使用手术器械进行集中管理的实践[J].吉林医学,2010,31(32):5823-5824.