综上所述,临床护理路径以患者为中心,不仅提高了护理工作的质量,减少了 PCI 术后并发症发生率,缩短了患者的住院时间及卧床时间,节省了医疗费用,同时提高了患者的舒适度及满意度,具有人性化的优点,值得广泛推广。

参考文献

[1] 宋蕾,杨晶,刘铮,等. 临床路径在经皮冠状动脉介入治疗中的应用[J]. 现代临床护理, 2008, 7(12): 21-25.
 [2] 吕金芳. 术前护理干预在经皮冠状动脉介入治疗术中应用的价值分析[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(11): 29-30.
 [3] 陈影霞,黄惠玲,卢秀芬. 临床路径在急诊冠状动脉介入治疗中的应用效果[J]. 广东医学, 2009, 30(1): 157-158.
 [4] Hu X, Zhu XQ, Liu YQ, et al. Intensive nursing care by an electronic followup system to promote secondary prevention after percutaneous coronary intervention a Randomized Trial[J]. J Card Rehab Pre, 2014, 34(6): 396-405.
 [5] 易巧云. 临床护理路径在冠状动脉介入治疗患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(7): 30-31.
 [6] 蹇祥玉,路海云,薛丽嫒,等. 临床护理路径在经皮冠状动脉介入术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(21): 1-2.

[7] Liu CY, Lin YN, Lin CL, et al. Cardiologist service volume, percutaneous coronary intervention and hospital level in relation to medical costs and mortality in patients with acute myocardial infarction: a nationwide study[J]. QJM, 2014, 107(7): 557-564.
 [8] 张一梅,于波,邵玉兰,等. 临床护理路径在冠状动脉介入手术患者中的应用价值分析[J]. 中国医药导刊, 2011, 13(10): 1799-1801.
 [9] Kilonzo B, o'connell R. Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses[J]. J Clin Nurs, 2011, 20(7/8): 1160-1167.
 [10] 陈倩萍,黎桂梅,张丽颜,等. 临床护理路径在急性心肌梗死 PCI 术后患者中的应用[J]. 中国医药指南, 2013, 11(17): 338-339.
 [11] 窦欣悦. 临床护理路径在急性心肌梗死 PCI 患者健康教育中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(3): 234-236.
 [12] 王艳华,陈丽君,王晨艳,等. 临床护理路径在急症 PCI 术患者中的应用[J]. 滨州医学院学报, 2014, 37(1): 77-78.

(收稿日期:2014-10-18 修回日期:2015-01-05)

医护协作型责任小组在 ICU 院内感染控制中的作用

梁泽平,商 瑾[△],简福霞,南 玲,艾山木(第三军医大学大坪医院野战外科研究所重症医学科,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨医护协作型责任小组在控制重症医学科(ICU)院内感染中的作用。方法 将本科 2012 年 1~12 月收治的 1 012 例患者作为对照组,2013 年 1~12 月收治的 1 119 例患者作为干预组,对照组采取常规的工作模式控制 ICU 院内感染,干预组由医护协作型责任小组参与 ICU 院内感染的控制管理。结果 对照组中有 390 例患者发生医院感染,其中导管相关性感染 73 例,干预组发生医院感染 377 例,其中导管相关性感染 44 例,两组医院感染率及导管相关性感染率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。对照组有 855 例患者使用抗菌药物,干预组为 677 例,两组使用抗菌药物率比较,差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。2013 年医护人员洗手率明显高于 2012 年,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 医护协作型责任小组能有效降低 ICU 感染发生率、抗菌药物使用率,提高医护人员洗手依从性,全面提升 ICU 医疗、护理质量。

【关键词】 医护协作; 责任小组; ICU; 院内感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1477-02

医护协作模式的飞速发展,其在治疗疾病、维护健康中的作用日益明显。医护协作是一个强调知识共享和共担责任的过程,既包括面对面的沟通,又包括快节奏的信息互动,而且随着时间的推移,无论组织结构如何变化,这种合作都遵循一种轨迹^[1]。医院感染作为全球性问题,可使患者病死率增加 13%~35%,给患者和公共卫生带来了沉重负担,医院感染尤其是外源性交叉感染是可以预防的,即使是内源性医院感染,也可以通过预防减少^[2]。本科建立的医护协作型责任小组是为了针对性地解决临床上的疑难问题,并进一步规范、细化医护协作流程,提高医疗、护理质量。其中针对控制医院感染的小组就取得了良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院重症医学科(ICU)2012 年 1~12 月收治的 1 012 例患者为对照组,年龄 5~91 岁,平均(47.55±

9.33)岁,其中男 627 例,女 335 例,APACHE II 评分 11~43 分,平均(22.51±5.6)分。2013 年 1~12 月收治的 1 119 例患者为干预组,其中男 673 例,女 446 例,年龄 3~82 岁,平均(43.25±8.73)岁,APACHE II 评分 8~44 分,平均(23.36±4.3)分。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。医院感染和导管感染的诊断依据为我国卫生部 2001 年发布的《医院感染诊断标准(试行)》^[3]。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取常规的工作模式控制 ICU 院内感染,管床护士负责床旁监督,在发现问题后上报护士长,由护士长负责管理和控制。通过每月的护士例会讨论分析发生院内感染的原因,提出改进措施,并由护士长检查措施落实情况。

1.2.2 干预组由科室建立的医护协作型责任小组负责院内感染的监督、管理和控制。医护协作型责任小组成员包括 1 名感

[△] 通讯作者, E-mail: 154897979@qq.com.

染控制专职医生,1 名感染控制专职核查员,5 名感染控制专职护士。以上成员均经过科室、医院以及全军的医院感染管理知识培训,并经考核后取得合格证书。本小组在控制医院感染中有详细的成员职责、管理制度和工作流程。(1)成员职责。专职医生:由主治医师以上人员担任,负责入院患者感染情况的评估,与专职核查员共同拟定预防感染的措施,在发生医院感染后督导一线医生及时上报、拟定正确的治疗方案,并组织医护协作小组讨论。专职核查员:由工作 7 年以上护士担任,负责日间医生、护士的无菌操作、洗手依从性、导管护理等的督查;落实专职医生针对每位患者拟定的预防感染措施;并收集 5 名专职护士反馈的问题,以及感染相关的数据。专职护士:由本科轮班的护理组长担任,负责检查当班医生、护士预防感染的相关工作,及时反馈给专职核查员;针对医护协作小组讨论的整改措施,要监督经治医生和管床护士落实;留取患者各类细菌检查和培养的标本,减少因非正规培训人员留取而导致的人为污染。(2)工作流程:遵循“PDCA”质量控制流程:①医护协作型责任小组要求专职护士在患者入科时完成各类标本的留取;②经治医生及时评估患者危重程度,评出 APACHE II 评分;③专职医生根据上述结果以及患者留置导管情况评估其感染的危险性,与专职核查员沟通后拟出针对性的预防措施;④专职核查员和专职护士检查经治医生和管床护士各项措施落实情况。对发生感染的患者,经治医生及时上报,合理使用抗菌药物;⑤多重耐药菌感染者实施隔离;⑥针对平时督查情况查找感染原因,每月召开 1 次小组讨论会,针对原因提出改进措施,小组成员跟踪措施落实情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件包进行数据分析,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 医院感染发生率及抗菌药物使用情况比较 对照组中有 390 例(38.5%)患者发生医院感染,其中导管相关性感染 73 例(7.2%),干预组发生医院感染 377 例(33.7%),其中导管相关性感染 44 例(3.9%),两组医院感染率及管相关性感染率比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。对照组有 855 例患者使用抗菌药物,干预组为 677 例,两组使用抗菌药物率比较,差异亦有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 医护人员洗手依从性比较 2013 年 127 例医护人员中洗手率为 96.85%(123/127),明显高于 2012 年的 86.08%(99/115),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

临床中预防与控制院内感染的措施包括建立院内感染管理组织;切实执行医院感染预防与控制措施;落实人员培训,提高感染预防意识。良好的医院感染管理可预防感染,阻止感染的传播,在预防耐药细菌感染中具有重要作用^[2]。在常规预防中,院内感染管理组织的护理工作分离,医生下达医嘱后护士直接执行,医护沟通不够,原因分析不深入,措施提出不及时,监管力度不够,措施落实情况只由科室管理层抓,达不到效果,培训也是医护之间无交叉。因此在临床管理中通过探索医护合作建立了医护合作型责任小组,医护人员共同制定预防及治疗方案,发生感染时积极有效沟通,发现隐患共同讨论改进,鼓励非惩罚性感染病例上报。医护双方在相互信任、彼此尊重和充分协商的基础上对重症患者感染的预防更加重视,进一步改良了工作流程,降低了医院感染的发生。通过医护协作小组对

患者抗菌药物使用的干预,抗菌药物使用不再仅由医生说了算,而是通过小组讨论确定抗菌方案。小组将护士提供的患者临床症状与细菌培养结果相结合,根据《抗菌药物临床应用指导原则》严格进行抗菌药物日常应用的监督和管理,加强多部门沟通和合作,减少预防用药,对不合理用药情况提出纠正与改进意见,从而达到合理、正确使用抗菌药物,节约医药资源,减少或延缓耐药菌株的产生,以达到控制和减少医院感染发生的目的。

医护协作小组制订 ICU 洗手监督流程和规范,加强对医护人员洗手的教育和监督,由小组中的专职核查员每天不定时抽查医护人员洗手依从性,并采取合理的奖罚措施,公开表扬洗手依从性好的人员,批评洗手差的人员,逐步将洗手从被动转为主动再成为习惯,从而提高医护人员洗手依从性,

医护协作型责任小组的建立倡导了 ICU 文化,提升了 ICU 工作效率。通过国内外调查发现医护协作的工作质量比医生、护士单独工作时更高^[4]。积极的医护合作体现了多学科协作和团队精神,有助于降低 ICU 不良事件的发生率及患者病死率等,促进了 ICU 的质量改进^[5]。ICU 因其环境的特殊性和复杂性,更需要倡导多学科协作和团队精神;ICU 护士在重症患者抢救、治疗、病情预测中的独特作用是医生不能代替的,但对患者病情、治疗方案的总体把握上医生又是必不可少的。因此将医护协作小组运用到 ICU 的感染预防中,通过共同决策、有效沟通、共同实施、明确责任、共同培训有效降低了医院感染率。

但在实际执行过程中,也存在如下问题:(1)由于人员流动性及人员配备问题,有时存在督查及落实不到位,而本科患者以创伤重症及外科重症为主,外院转入感染患者多,因此感染率高。(2)院内感染的预防及控制,关键是制度和措施的落实,根据我国现有医护人员及环境概况,很难完全执行美国疾病控制与预防中心 2012 年提出的“医院感染控制”指南。(3)医护协作型小组建立 1 年以来,虽然制订了标准化的制度和流程,但在实施中仍然存在沟通不及时,组内人员变动频繁等问题,需要在实施中进一步改善。(4)小组成员的培训仍较局限,应增加外出接受专业化、规范化、标准化培训的机会,拓展视野提升自我水平。(5)科室样本量较少,且易受多方因素的影响,后续将拓展到全院专科 ICU 实行多中心样本提取,为医护协作小组的建立与发展提供更加科学、客观的数据。

参考文献

- [1] Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration[J]. Online Journal of Issues in Nursing, 2005, 10(1):5.
- [2] 吴安华,李春辉. 医院感染的管理[J]. 中国执业药师, 2012,9(6):42-48.
- [3] 试行. 医院感染诊断标准[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5):320-341.
- [4] Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, et al. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review[J]. Int Nurs Rev, 2013, 60(3):302-391.
- [5] 陈静,张振香,谢红. 医护合作关系的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(11):1136-1139.