

# 护理标识在手术室护理风险控制的应用研究

高 阳,高 薇(哈尔滨医科大学附属第一医院中心手术室 150001)

**【摘要】 目的** 研究护理标识在手术护理风险控制中的应用价值。**方法** 以 2012 年 2 月至 2014 年 2 月实施的护理标识应用效果与实施前的常规护理进行比较,手术室护理的标识主要包含患者信息标识、药物不良反应史标识、输液或引流管道标识、药物标识(术中)、手术室空间标识、手术室设备标识及警示标识。**结果** 观察组风险概率为 2.77%,明显低于对照组的 11.66%,两者比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。另外患者手术时间均明显短于对照组,对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。在实施护理标识措施后,观察组的护理满意度为 97.78%,明显高于对照组的 91.67%,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 在手术室护理中实行护理标识能够有效降低护理风险,提高患者对护理的满意度,具有临床推广价值。

**【关键词】** 护理标识; 手术护理; 风险控制; 应用效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.20.053 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)20-3101-02

在当前的护理工作中或多或少都存在一些不稳定因素,护理风险控制的难度较高且较为复杂,稍有不慎就会导致严重后果。这一点在手术室体现得更为明显。手术室的临床治疗复杂,同时医师、护理人员以及患者的流动量大,因此手术室是护理风险的高发部门<sup>[1]</sup>。护理标识能够有效降低护理风险,使护理质量得到保障,现将本院实施该措施后取得的效果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2012 年 2 月至 2014 年 2 月在本院接受护理的人员共 180 例(观察组),同时回顾性分析实施护理标识之前的患者 180 例(对照组),观察组为护理标识组,对照组为未标识组。观察组男 97 例,女 83 例,年龄 19~48 岁,平均(25.7±2.9)岁,平均接受护理时间 14 d;对照组男 95 例,女 85 例,年龄 21~49 岁,平均(26.8±3.2)岁,平均接受护理时间 15 d。两组性别、年龄、护理时间等比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 护理标识应用** 手术室护理的标识主要包含患者信息标识、药物不良反应史标识、输液或引流管道标识、药物标识(术中)、手术室空间标识、手术室设备标识及警示标识。(1)患者信息标识:患者信息标识佩戴于患者手腕部位,主要方便护理人员迅速了解患者身份,并且根据颜色区别患者的患病程度,在进行手术前手术室护士接收病房护士的工作,利用患者身份标识迅速核对患者身份及手术的具体信息。(2)药物不良反应史标识:患者由于个体差异可能会出现药物不良反应,如果不加控制容易导致护理风险,因此有必要做好相关过敏史记录,放置于输液架上,每次输液需核对无误再进行操作。(3)输液、引流管道标识:主要指手术治疗涉及的输液管道,护士应在管道醒目位置标识管道的作用以及使用时间等,最大限度避免用管不当。(4)药物标识:手术室往往涉及较多的药物品种,不加标识可能会导致慌忙中用错药物产生护理风险,因此必须以不同颜色区别药物的使用方式,还要详细记录药物的名称、用量及用药时间等信息。(5)手术室空间标识:手术室因其治疗的特殊性必须保证空间整洁、卫生,为了避免感染源进入手术室,必须进行标识区别污染区及无菌区。(6)手术室设备标识:手术设备对外部环境有较高的要求,为了保证设备的使用性能正常发挥,应该做好防护标识。(7)警示标识:警示标识指在手

术室门口显眼位置标明手术进度,主要为了家属等陪同人员提前进行自我防护。

**1.3 检验标准** 本次护理标识的观察项目主要为护理风险的控制情况、手术时间及患者对护理的满意度。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,比较采用  $t$  检验,计数资料以率表示,比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 风险控制情况** 采取护理标识的观察组出现风险的概率为 2.77%,明显低于对照组的 11.66%,两者比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组护理风险存在率

组别	<i>n</i>	护理风险出现次数( <i>n</i> )	出现率(%)
观察组	180	5	2.77*
对照组	180	21	11.66

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

**2.2 手术指标情况** 观察组手术时间(75.4±18.4)min 明显少于对照组的(89.6±21.1)min,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.3 护理满意度结果** 观察组的护理满意度为 97.78%(176 例),明显高于对照组的 91.67%(165 例),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨 论

手术室护理水平对手术质量有极大的影响,综合以往经验,手术护理风险控制主要面临以下问题:(1)因为没有身份识别标识,导致急诊患者的接送错误<sup>[2]</sup>;(2)进行药物、输液等治疗时混淆患者<sup>[3]</sup>;(3)对手术流程没有记录完善;(4)术后的护理存在疏忽,有患者因为体位不当导致褥疮<sup>[4]</sup>;(5)手术室环境存在感染源,手术患者出现感染情况<sup>[5]</sup>;(6)护理人员因为设备操作不当对自身或者患者造成损害。护理标识针对以上问题作出具体的解决措施,能够实现风险的预测、分析以及处理,最大限度降低护理风险的发生率。

实施护理标识模式的关键环节在于护理标识的制作,因此在制订的过程中应该注意以下几点问题:(1)标准必须统一,这是为了便于管理和识别,避免人员观察错误影响操作,同时应

该在醒目前提下尽量具备美观性,既要反映标识的专业性,同时也应该体现人性化的视觉感受,使人不会感到生硬、呆板<sup>[6]</sup>; (2) 根据标识的性质可以简单归纳为 3 类,即提示类、环境空间类以及患者标识类,标识的形式根据标识对象的不同也应做出改变,例如标卡、标牌及识别患者身份的腕标等形式都是针对不同的风险控制对象,有关患者的信息都要记录在患者标识类别当中,尤其是患者身份标识、用药不良史标识、输液和引流等管道标识<sup>[7]</sup>; 提示类包括术前、术中、术后不同阶段的用药提示,使用药更加科学合理<sup>[8]</sup>; 环境空间标识主要针对手术室空间环境、设备等方面。当标识完成制作投入使用后,应该根据护理人员及患者的反应适时进行优化,并且观察患者以及护理人员的满意度<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,采取标识护理模式后护理效果大大提高。首先在手术风险方面,观察组患者的手术风险发生率及手术风险出现次数明显低于对照组。而在手术时间方面,观察组手术时间明显少于对照组。在患者满意度方面,观察组患者也明显高于对照组。因此,护理标识值得在临床上推广应用。

#### 参考文献

[1] 魏颖,孙玉勤,董卫华. 细节管理在管路护理中的应用及体会[J]. 河南外科学杂志,2011,17(4):126-127.

- [2] 栾桂荣,李雪生. 手术室护理工作的风险因素分析与防范对策[J]. 中医学报,2013,28(12):344-345.
- [3] 张丽. 手术室护理安全防控措施[J]. 内蒙古中医药,2013,32(34):145-146.
- [4] Gokce N, Vita J A, McDonnell M, et al. Effect of medical and surgical weight loss on endothelial vasomotor function in obese patients. [J]. Am J Cardiol, 2011, 95(2):266-268.
- [5] Lteif AA, Han K, Mather KJ. Obesity, insulin resistance, and the metabolic syndrome: determinants of endothelial dysfunction in whites and blacks [J]. Circulation, 2013, 112(1):32-38.
- [6] 徐琴,李翠华,汪秀云. 管道标识在管道护理中的应用[J]. 河北医学,2009,15(11):1354-1355.
- [7] 黄小莲. 手术室风险管理与安全隐患预防探讨[J]. 中外医疗,2012,31(4):133-134.
- [8] 林明芳. 护理标识在病区细节管理中的应用及体会[J]. 当代护士,2010,19(1):145-146.
- [9] 黎灵. 浅谈加强手术室风险管理有效预防手术差错[J]. 中国实用医药,2011,6(17):255-256.

(收稿日期:2015-03-25 修回日期:2015-05-15)

#### · 临床探讨 ·

## 冷凝集标本对血细胞分析红细胞各参数结果的影响及处理方法

沈 菁,陈卫民<sup>△</sup>,张 倩(徐州医学院附属医院检验科,江苏徐州 221006)

**【摘要】** 目的 探讨冷凝集标本对血细胞分析红细胞各参数结果的影响及处理方法。方法 分别采用手心揉搓并颠倒混匀 2 min(方法 1),37℃水浴 30 min(方法 2),血浆置换 3 次(方法 3),显微镜手工计数(方法 4)处理冷凝集标本,比较各种纠正方法对红细胞各参数结果的影响。结果 以方法 4 检测结果为参比,方法 2 处理后各参数检测结果,差异无统计学意义( $P>0.05$ );方法 2 处理后红细胞计数(RBC)、红细胞比容(HCT)、平均红细胞血红蛋白含量(MCH)、血红蛋白(Hb)和平均红细胞血红蛋白浓度(MCHC)与方法 4 比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),但血小板计数(PLT)明显降低,与方法 4 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 血常规检验中冷凝集标本推荐采用 37℃水浴 30 min 后保温立即检测,大部分冷凝集标本通过该法均能获得满意的效果;对于极少数较为严重的冷凝集标本,可采用血浆置换 3 次处理后再检测,但血浆置换易导致血小板的严重丢失,因此,PLT 值采用水浴法的检测结果较为准确。

**【关键词】** 冷凝集; 血常规; 水浴; 血浆置换

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.20.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)20-3102-03

在血细胞分析仪的使用过程中,许多因素对检测结果有干扰,血标本冷凝集就是其中之一,在实际工作中,发现冷凝集的血常规标本对血细胞分析仪的检测参数有较大的干扰,导致多项参数的检测结果与实际不符,特别是对红细胞系统的各个参数干扰较大。目前,对于肉眼可见的冷凝集标本多采用 37℃水浴后再检测的办法进行处理,取得了一定的效果,但是对于冷凝集标本需要在 37℃水浴中放置多长时间,水浴后是否延迟保温及水浴后的结果是否满意等问题还没有统一的答案。而且对于如何发现和确认冷凝集标本,特别是对一些肉眼难以觉察的冷凝集如何从检验结果中去发现并消除干扰,也没有统一的认识<sup>[1-2]</sup>。因此,作者通过对 10 例冷凝集标本进行不同方

法的处理并对结果进行了分析,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本院门诊及住院患者的血常规检查标本,乙二胺四乙酸二钾(EDTA-K<sub>2</sub>)抗凝剂真空采血管,患者年龄 11~68 岁。

**1.2 仪器与试剂** 日本 Sysmex XE-5000 血细胞分析仪及配套的原装试剂、质控物。0.9%生理盐水,100 μL 德国 Eppendorf 移液器和吸头,水平离心机,Olympus 显微镜。仪器使用前已校准,每日测定 3 个水平配套质控物,结果均在允许范围内。

**1.3 冷凝集标本的判断** 肉眼观察见试管壁有细沙样凝集,

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: chmin829@163.com.