

积极有效的护理干预方法^[5-6]。

本研究结果显示,基于小儿免疫力较成人差,其病情进展快速而多变,小儿语言表达能力较弱等特点,在护理小儿患病群体的过程中,不可仅仅满足于完成针对疾病症状的常规护理,而是要将护理干预的视野扩大到为服务对象提供保证安全与促进舒适的全方位护理方面。与此同时,积极主动地寻找护理重点所在,施以高度关注和预见性防治^[7-9]。如对高热惊厥、院内交叉感染等导致患儿疾病进一步恶化的情况,应积极施以精细化、预见性的护理措施^[10]。

对急性上呼吸道感染小儿病例施以全方位综合护理的同时,对患儿及其家长进行以提高其防病抗病意识及防病能力为目的的针对性健康教育也是十分必要的^[11]。由于急性上呼吸道感染小儿在治愈出院后常会由于自身抵抗力差、家长防治知识水平低等原因,导致其多次反复再次因上呼吸道感染入院接受治疗。这种现象的存在,可能导致患儿难以获得正常的营养支持,肺部功能持续下降,正常生长发育滞后于同龄人等严重后果发生,阻滞孩子的正常健康成长进程,对孩子身心发育均十分不利^[12-14]。

故本研究采用针对性健康教育,帮助患儿及其家长获得对急性上呼吸道感染疾病的正确认识,从而使其在日常生活中主动采取预防措施,并在疾病复发时,能够施以严密的观察与正确的判断,及时寻求医疗专业救助,并对孩子实施有效的家庭护理。

参考文献

[1] 张爱民. 小儿急性上呼吸道感染的护理和健康教育[J]. 黑龙江医药, 2010, 23(3): 466-467.
 [2] 刘波. 小儿急性上呼吸道感染的护理[J]. 中国医药指南, 2011, 9(34): 218-219.
 [3] 李艳, 孙晋玉. 冬春季小儿急性上呼吸道感染的防治与护

理[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(6): 79-81.
 [4] 刘清泉, 王晓翔, 蔡阳平, 等. 清气透表法治疗急性病毒性上呼吸道感染 80 例临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17): 157.
 [5] 黄曼芬. 小儿急性上呼吸道感染的护理[J]. 中国医药指南, 2013, 11(30): 564-565.
 [6] 刘艳. 小儿急性上呼吸道感染的护理[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(2): 211.
 [7] 黄燕华. 小儿急性上呼吸道感染的护理分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(19): 29-30.
 [8] 刘迎春. 3 150 例儿童急性上呼吸道感染的护理体会[J]. 吉林医学, 2011, 32(6): 1221.
 [9] 魏建威, 朱爱兰, 余孙兴, 等. 儿童上呼吸道感染中 C 反应蛋白和外周白血细胞的变化[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(20): 225-226.
 [10] 王强, 谢跃文, 辛焰. 2 906 例上呼吸道感染患儿肺炎支原体 IgM 抗体检测结果分析[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(7): 693-694.
 [11] 王晓红. 护理干预对 60 例小儿上呼吸道感染的效果评价[J]. 中国医药指南, 2012, 10(20): 341-342.
 [12] 马玉荣. 急性上呼吸道感染患儿的护理[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(6): 204.
 [13] 姬雪梅. 小儿急性上呼吸道感染的临床护理体会[J]. 中外医学研究, 2011, 9(32): 106-107.
 [14] Hurot JM, Cueherat M, Haugh M, et al. Physical children with acute upper respiratory tract infection and drug cooling cooling nursing[J]. Clin Med, 2011, 31(8): 125-126.

(收稿日期: 2015-03-21 修回日期: 2015-06-15)

• 临床探讨 •

失效模式与效应分析在儿科门诊输液风险管理中的效果

张岫秀, 刘淑娟(江苏省徐州市儿童医院 221006)

【摘要】 目的 对失效模式与效应分析(FMEA)在儿科门诊输液风险管理中的应用效果进行探讨。方法 选取 160 例在徐州市儿童医院儿童门诊进行输液的患儿, 分为两组, 对照组患儿常规静脉输液, 试验组使用 FMEA 方法进行输液。观察 FMEA 后的效果。结果 试验组实施 FMEA 后穿刺失败(40.87±10.82)分、接瓶液体错误(0.98±0.28)分、输液较快(120.05±30.56)分和药物配制错误(247.97±61.66)分方面的危机值(RPN)明显低于实施 FMEA 前穿刺失败(246.09±60.88)分、接瓶液体错误(329.32±80.94)分、输液较快(259.66±65.78)分和药物配制错误(247.97±61.66)分方面的 RPN, 差异有统计学意义(P<0.05)。试验组护士满意率(87.50%)和患儿家长满意率(87.50%)明显高于对照组护士满意率(52.50%)和患儿家长满意率(40.00%), 差异有统计学意义(P<0.05)。结论 使用 FMEA 后大大降低了投诉案件, 输液进程更通畅, 值得临床广泛应用。

【关键词】 失效模式; 效应分析; 儿科门诊输液; 风险管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)23-3549-03

门诊输液室是医院服务最频繁和要求最高的科室, 是医院输液量最大的科室, 特别是儿童门诊输液室, 需要更高质量的技术和服务态度。患儿在输液过程中出现扭动和情绪失控等, 均会阻碍护士的正常工作, 这些弱点均会导致患儿家长不满, 易引起对医院的投诉, 给工作的护士带来极大的心理压力, 护士的工作效率得不到改善^[1-3]。针对儿童门诊对患儿静脉输液

的研究分析, 使用失效模式与效应分析(FMEA)方法进行输液, 在输液风险管理中得到了较好的效果^[4]。本院在 2013 年 11 月至 2014 年 11 月对门诊输液的患儿使用 FMEA 后, 收到了较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 11 月至 2014 年 11 月在本院儿

科门诊输液室进行输液的 160 例患儿作为研究对象,分为对照组和试验组。对照组 80 例患儿中,女 40 例,男 40 例,年龄 1~10 岁,平均(5.2±1.3)岁;试验组 80 例患儿中,女 39 例,男 41 例,年龄 2~9 岁,平均(5.4±1.3)岁。两组患儿都符合输液条件。两组患儿一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组患儿在进行输液时采用常规模式。

1.2.2 试验组患儿在输液时使用 FMEA 模式进行输液治疗 (1)制订正确的主题和团队的建立:制订主题可减少投诉率和找出不足,团队由门诊部主任、护士长、注射室护士等参加评估的全体人员组成,进行统一的专业知识和服务培训,熟悉 FMEA 的流程和方法。(2)输液流程图的制订:护士在为患儿进行输液时,认真核对输液单和药品,然后去领药,确定好药品后进行配药,认真核对输液单患者的全名。检查无误后,输液单上签署配药者的全名和滴速,将记录输液的时间和患者的名字贴于输液瓶上。输液的时候进行巡视,做健康教育宣传。(3)对失效模式的研究和制订合理的新方案:对输液过程中出现投诉的原因进行分析,医务工作人员缺乏较强的责任心,药

剂师和护士对药品核查不严格,在输液过程中由于操作技术不精、缺乏耐心,在巡视过程中由于工作量大而出现观察不仔细等。本院调查人员对此情况综合分析后,重新制订预控方案。对护士和药剂师责任心的培训,对入库的资料和使用药品进行抽查,特别是对输液大厅的护士人员进行培训,要认真核对用药的全过程,做好用药全过程的记录。(4)实施制订后的方案,在一定时间内进行投诉案件发生率计算。

1.3 疗效评定标准 试验组在实施 FMEA 前、后对在穿刺失败、接瓶液体错误、输液较快和药物配制错误上的危机值(RPN)变化,可由讨论专家制订 2 套调查方案对护士和家长的满意度进行调查评价。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 试验组使用 FMEA 前、后 RPN 比较 见表 1。两组患儿经输液后,试验组在实施 FMEA 后穿刺失败、接瓶液体错误、输液较快和药物配制错误方面 PRN 明显低于实施 FMEA 前,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 试验组使用 FMEA 前、后 RPN 比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	穿刺失败	接瓶液体错误	输液较快	药物配制错误
实施 FMEA 前	80	246.09±60.88	329.32±80.94	259.66±65.78	247.97±61.66
实施 FMEA 后	80	40.87±10.82	0.98±0.28	120.05±30.56	102.89±25.08
<i>t</i>		29.685 0	36.283 0	17.215 9	19.494 1

2.2 两组患者在不同方式影响下输液满意情况 见表 2。两组患儿经输液后,试验组护士满意率和患儿家长满意率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患儿在不同方式影响下输液满意情况[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	护士满意	患儿家长满意
对照组	80	42(52.50)	50(40.00)
试验组	80	70(87.50)	68(85.00)
χ^2		23.333 3	10.460 0

3 讨 论

承担医院内较大责任的输液大厅,由于输液室的工作量繁重,输液过程较复杂,前来输液的患者患有各种疾病和不同年龄,患者情绪控制不好均会影响输液正常进行。特别是儿童门诊输液室的患儿,患儿对输液的恐惧心理,不配合护士的工作,容易哭闹等,均为输液的护士增加心理负担,影响工作正常进行,易引起患儿家长的投诉,为医院带来极坏的影响^[5-8]。

本研究针对此种情况给予输液室采用 FMEA 方法进行改进。在儿科门诊对患儿进行常规输液,在输液过程中出现输液瓶和患者名字不相符,药品量和药品加入不正确而引起患儿家长投诉。护士和药剂师无较强的责任心,缺乏耐心,操作技术和理论知识不完善,因而儿童门诊的输液过程并不顺利,为此作者对此种情况分析后使用 FMEA 输液方法,此种方法大大减少了患者投诉,正确评估了输液过程中失效的原因,得到了医院高度重视。应对医务人员加以培训,以具有过硬的理论和操作技能,全方位为患者服务,加强药剂师和输液护士的责任心,增加团队的合作精神^[9-13]。采用 FMEA 方法后进行

综合性评估调查,医院对此制订了新方案,输液的流程得到进一步完善,医务人员服务态度得到提升,工作环境及工作氛围得到了优化,投诉案件大大减少,得到医院和患者一致认可。

综上所述,医院内儿科门诊输液室内采用 FMEA 方法后,患儿家长对其输液全过程较满意,降低了投诉案件发生,同时也增加了输液护士的工作效率,应广泛应用于临床。

参考文献

- [1] 熊勇,姜玉娥,付四毛,等.失效模式与效应分析在儿科门诊输液风险管理中的应用[J].中国护理管理,2013,12(12):52-55.
- [2] 黄丽文.人性化护理服务在儿科门诊输液中的应用[J].护理实践与研究,2011,8(14):16-17.
- [3] 汪勤.儿童输液室护理质量控制相关因素及对策[J].全科护理,2011,9(2):540-541.
- [4] 王丽春,易静.医疗失效模式与效应分析在门诊输液安全管理中的应用[J].护理实践与研究,2014,11(8):108-109.
- [5] 蒋红.医疗失效模式与效应分析在医院口服给药安全管理中的应用[J].中华护理杂志,2010,45(5):394-396.
- [6] 石荣光,李冬梅,王琳,等.医疗失效模式与效应分析在深静脉置管的护理风险管理中的应用[J].中国煤炭工业医学杂志,2013,16(6):997-999.
- [7] 杨静.门诊输液室实施“五化”护理服务体会[J].检验医学与临床,2010,7(12):41-42.
- [8] 李运霞.门诊输液患者健康教育实施体会[J].检验医学与临床,2008,5(16):552-553.

[9] 蒋谷芬,彭丽丽.应用医疗失效模式与效应分析预防住院老年患者跌倒[J].中华护理杂志,2011,46(3):273-274.
 [10] 余婷.失效模式与效应分析在门诊患者执行输液流程改造中的应用[J].现代临床护理,2010,9(11):60-63.
 [11] 伍永慧,施雁.失效模式与效应分析在护理风险管理中的应用现状[J].解放军护理杂志,2011,28(4):42-45.
 [12] 韦丽飞,杨华,吴凤菊,等.医疗失效模式与效应分析在 3

级及以上输液性静脉炎风险管理中的应用[J].护理学报,2014,21(6):27-29.

[13] 邓洁英,钟弋云,李艳芳,等.失效模式与效应分析在预防中心静脉导管滑脱中的应用[J].护理学报,2011,18(8):34-35.

(收稿日期:2015-04-25 修回日期:2015-07-17)

• 临床探讨 •

腹腔镜胆囊部分切除和全切除术在复杂胆囊手术中的应用

周伟清¹,葛步军^{1△},刘世峰²(1.上海同济大学附属同济医院普外科 200065;2.四川省自贡市第三人民医院肝胆外科 643020)

【摘要】 目的 对比分析腹腔镜胆囊部分切除和腹腔镜胆囊全切除术在复杂胆囊手术中的应用效果。**方法** 依据患者接受手术治疗方式分为腹腔镜胆囊部分切除术组、腹腔镜胆囊全切除术组,每组患者 45 例;比较两组患者手术时间、术中转开腹手术及手术并发症发生情况等。**结果** 腹腔镜胆囊部分切除术组术中出血量、恢复自主进食时间及住院时间分别为(46.7±7.9)mL、(27.9±3.4)h、(4.1±1.1)d,均较腹腔镜胆囊全切除术组的(87.2±12.6)mL、(48.6±6.1)h、(7.9±1.8)d 明显缩短,差异有统计学意义($P<0.05$)。腹腔镜胆囊部分切除术组中转开腹手术发生率、并发症发生率为 0.0%、4.4%,均较腹腔镜胆囊全切除术组的 13.3%、15.6%显著降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 腹腔镜胆囊部分切除术较腹腔镜胆囊全切除术临床效果更为理想,可作为复杂胆囊行腹腔镜全切除术困难时首选的一种安全可行术式。

【关键词】 复杂胆囊; 腹腔镜手术; 腹腔镜胆囊全切除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)23-3551-02

腹腔镜下行胆囊切除术已成为普通胆囊疾病的主要治疗手段之一,但当患者病变胆囊处情况较复杂,如胆囊三角出现粘连、Calot 三角异常解剖、胆囊坏疽等时,采用何种术式,目前临床尚无明确统一意见^[1-2]。为进一步提高复杂胆囊患者的临床预后,为临床合理治疗提供依据,本研究对比分析了腹腔镜胆囊部分切除术和腹腔镜胆囊全切除术在复杂胆囊手术中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本院 2010 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 90 例患者作为研究对象,并依据患者接受手术治疗方式分组,其中腹腔镜胆囊部分切除术组 45 例,腹腔镜胆囊全切除术组 45 例。腹腔镜胆囊部分切除术组男 26 例,女 19 例;年龄 24~69 岁,平均(45.5±8.7)岁;急性化脓性胆囊炎 13 例,平均病程(2.0±1.1)d,急性坏疽性胆囊炎 17 例,平均病程(2.1±1.2)d,慢性萎缩性胆囊炎 15 例,平均病程(6.1±2.4)d。腹腔镜胆囊全切除术组男 25 例,女 20 例;年龄 25~70 岁,平均(46.0±8.9)岁;急性化脓性胆囊炎 14 例,平均病程(2.2±1.3)d,急性坏疽性胆囊炎 17 例,平均病程(2.0±1.0)d,慢性萎缩性胆囊炎 14 例,平均病程(5.9±2.3)d。两组患者一般临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准^[3-4]

1.2.1 纳入标准 (1)依据术前 B 超检查结果及患者临床症状、体征,并参照良性胆囊疾病临床诊断标准确诊者;(2)拟行腹腔镜下胆囊手术者;(3)已明确告知本研究目的、方法等信息,自愿参加本研究。

1.2.2 排除标准 未按计划完成治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 腹腔镜胆囊部分切除术组 采用腹腔镜胆囊部分切除术,手术前患者采取气管插管全身麻醉,患者采取仰卧位,在剑突、锁骨中线肋缘下、腋前线肋缘下将皮肤切开。在镜下将黏膜分开,露出胆囊,放入 Trocar。水肿较为严重的患者,Calot 三角出现“冰冻样”,应紧贴于胆囊壁在胆囊底将胆囊体、胆囊底、壶腹部游离开一个直径为 0.3~0.5 cm 的小孔。将胆汁、碎石、黏液等吸出,然后将开口闭合。用电刀切开胆囊,沿胆囊床边缘将部分胆囊切除,放入标本袋内。用生理盐水冲洗灼烧的剩余胆囊黏膜。观察患者是否有出血等不良状况,将引流管放置腹腔,缝合伤口。

1.3.2 腹腔镜胆囊全切除术组 采用腹腔镜胆囊全切除术,行常规腹腔镜下胆囊全切除术,取出胆囊后并放入标本袋内,温生理盐水反复冲洗腹腔至吸引出液体清亮为止;常规留置引流管于肝下部位。所有患者术后均给予补液、营养支持、抗炎、抗感染(应用抗菌药物 3 d)处理。

1.4 观察指标及评价标准^[5] (1)手术时间(min)、术中出血量(mL)、恢复自主进食时间(h)、住院时间(d)。(2)术中转开腹手术情况、手术并发症发生情况(胆漏、出血、肠管损伤、感染、残余胆囊术后综合征等)。(3)术后随访期间残余胆囊发生恶性病变情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行统计分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

△ 通讯作者, E-mail:gebujun@126.com。