

手术室实施基于护理质量反馈管理构建精准护理模式的效果

赵学彬 罗玉丹 陈茜 谢飞

(乐山市人民医院,四川 乐山 614000)

【摘要】目的:探讨手术室实施基于护理质量反馈管理构建精准护理模式的效果。**方法:**2021年1月~2021年12月,随机抽取200例关节外科手术治疗患者进行临床研究,结合研究时间分组,2021年1月~2021年6月收治的100例关节外科手术患者为对照组,2021年7月~2021年12月收治的100例关节外科手术患者为观察组,两组分别实施手术室常规护理模式、基于护理质量反馈构建的手术室精准护理模式,比较两组患者的应激反应指标、手术室护理质量、手术室护理不良事件发生率。**结果:**麻醉操作时、手术10min后、手术30min后、手术结束时观察组应激反应指标水平低于对照组($P < 0.05$),观察组手术室护理质量评分高于对照组($P < 0.05$),观察组手术室不良事件发生率小于对照组($P < 0.05$),**结论:**手术室内实施基于护理质量反馈管理构建精准护理模式,应激反应指标、护理质量评分、护理不良事件发生率更小,值得推广。

【关键词】手术室;常规护理模式;精准护理模式;护理质量反馈;应激反应指标;不良事件发生率

【中图分类号】R472.3

【文献标识码】B

【文章编号】1672-3783(2022)03-07-185-03

手术室属于医院重要科室,承担着救治患者疾病的重任^[1]。手术室救治对护理服务有很高要求,护理质量直接决定着患者的手术成功率与手术安全性,更影响医院社会效益与经济效益^[2]。但手术室涉及的疾病类型较多,护理服务存在专业性强、任务重以及技术难等多种特点,若护士未满足上述要求,或护理服务中存在问题,则难以保证手术室护理质量,甚至会威胁患者生命安全^[3]。因此,积极采用有效措施提升手术室护理质量,持续护理质量改进,提升手术有效性及安全性,对手术室服务效果意义重大。有文献^[4]指出,基于护理质量反馈,优化手术室护理措施,实现手术室护理质量改进,可提升手术室护理效果。基于此,本文以2021年1月~2021年12月收治的关节外科手术患者200例为研究对象,探讨基于护理质量反馈构建的手术室精准护理效果,报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2021年1月~2021年12月,随机抽取200例关节外科手术患者进行临床研究,结合研究时间分组,2021年1月~2021年6月收治的100例关节外科手术患者为对照组,2021年7月~2021年12月收治的100例关节外科手术患者为观察组。对照组:手术类型,人工髋关节置换术37例,髋部周围骨折手术28例,人工膝关节置换术35例;患者性别,男61例,女39例;年龄,最小20岁,最大77岁,平均 (48.71 ± 10.28) 岁;体重,最轻43kg,最重88kg,平均 (65.72 ± 5.39) kg。观察组:手术类型,人工髋关节置换术35例,髋部周围骨折手术29例,人工膝关节置换术36例;患者性别,男59例,女41例;年龄,最小20岁,最大76岁,平均 (48.44 ± 10.27) 岁;体重,最轻44kg,最重88kg,平均 (65.99 ± 5.40) kg。上述数据比较,数值显示($P > 0.05$)。

纳入标准:(1)年龄 > 18 岁患者;(2)具备手术适应症患者;(3)理解研究意义,神志清醒患者;(4)知情此次研究,在同意书签字患者。

排除标准:(1)凝血功能障碍或有其他手术禁忌症患者;(2)合并认知障碍或精神障碍患者;(3)合并严重高血压等躯体性疾病患者;(4)不能提供准确临床资料患者。

1.2 方法

对照组应用常规护理模式,结合现有护理程序提供护理服务,包含术前访视、术中配合、患者转运等。

观察组应用基于护理质量反馈构建的手术室精准护理模式,(1)构建质量评价体系:手术室护士长、护理专业组长、护理骨干、涉及科室医师共同创建质量管理小组,小组成员在知网和万方等数据库检索手术室护理质量相关文献,学习其中的优秀经验,结合医院手术室实际情况,构建手术室护理质量评价指标。小组成员共同讨论分析相应指标,最终确定符合手术室护理质量评价的指标,并将相关指标落实到手术室护理评价中。(2)评价指标内容:结合手术室护理质量评价现状,将指标分为结构性指标、过程性指标和结果性指标。结构指标涉及护理质量相关的人力、设备、制度等;过程性指标是组织管理过程中形成的工作能力、服务项目及工作程序的评价指标,包括术前访视、术前准备、手术安全核查、手术配合、手术病人交接等;结果性指标是患者感受到护理活动的最终效果,是护理活动和服务效果的综合反映,如护理不良事件发生率、护理满意度等。(3)护理质量管理措施:结合护理质量评价指标,明确现有手术室护理管理和护理服务中存在的问题,问题分为整体问题和细节问题,整体问题包含手术排程,人力资源合理搭配,手术间6S管理,护理人员专业知识和专业技能培训,核心制度的执行,手术室各种应急策略等。细节问题则对应相应的患者,相应的手术,细化手术室护理内容,以老年患者为例,术前访视期间需重点评估患者慢性病、手术耐受度、心理健康水平,结合评估结果进行针对性干预,比如术前积极治疗慢性病,积极采用音乐疗法及冥想放松训练促进心理健康,减轻患者的生理和心理应激水平。患者入室后护士主动和患者沟通交流,给予患者更多的关心和更多的尊重,讲述手术团队成功案例,提升患者的手术信心,减轻心理压力。麻醉和手术操作时,医生和护士加强协作,做到相互监督、相互提醒,术后及时回顾,及时改进。术后回访时,让患者如实评价手术室护理质量,针对问题制定护理措施,并追踪改进效果。

1.3 观察指标

(1)应激反应指标,包含收缩压、舒张压、心率三项,均

采用心电监护仪自动监测,在麻醉操作时、手术 10min 后、手术 30min 后、手术结束时量测;(2)手术室护理质量,通过手术室自制护理质量检查表获取,检查项目有环境管理、术前准备、无菌操作、护理规范、手术配合、人文关怀、手术病人交接七项,单项总分是 0-6 分。(3)手术室护理不良事件,统计两组患者的手术室护理不良事件发生率,包含手术错误、物品清点与术前不符、静脉输液外渗、压力性损伤、非计划拔管、职业暴露,统计发生数量,计算发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS24.0 软件处理,计量资料(应激反应指标、手术室护理质量)以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料(手术室护理不良事件发生率)以 $(n/\%)$ 表示,比较采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 应激反应指标比较

麻醉操作时、手术 10min 后、手术 30min 后、手术结束时观察组应激反应指标水平低于对照组 ($P < 0.05$)。见表一。

表 1 两组应激反应指标 ($n=100$ 例, $\bar{x} \pm s$)

应激指标	组别	麻醉操作时	手术 10min 后	手术 30min 后	手术结束时
收缩压 (mmHg)	对照组	128.18±9.45	137.98±9.63	132.57±9.26	123.76±8.99
	观察组	107.33±8.75	109.45±8.89	107.05±8.43	106.06±8.15
	t 值	16.1893	21.7685	20.3794	14.5867
	P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
舒张压 (mmHg)	对照组	110.21±7.83	117.43±7.89	112.13±7.54	105.26±7.33
	观察组	98.68±6.79	96.65±6.74	96.01±6.52	94.67±6.48
	t 值	11.1250	20.0253	16.1717	10.8242
	P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
心率 (次/min)	对照组	107.32±8.31	120.32±8.43	113.87±8.37	110.42±7.89
	观察组	97.76±7.52	97.41±7.48	96.62±7.43	96.09±7.43
	t 值	8.5301	20.3281	15.4127	13.2223
	P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 手术室护理质量比较

观察组护理质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表二。

表 2 两组手术室护理质量 ($n=100$ 例,分)

组别	环境管理	术前准备	无菌操作	手术安全核查	手术配合	人文关怀	手术病人交接
对照组	5.08±0.36	5.03±0.38	5.00±0.34	5.01±0.37	5.07±0.32	5.05±0.33	5.02±0.34
观察组	5.54±0.43	5.42±0.45	5.40±0.43	5.52±0.45	5.49±0.42	5.39±0.41	5.38±0.40
t 值	8.2025	6.6216	7.2969	8.7542	7.9543	6.4601	6.8575
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 手术室护理不良事件比较

观察组不良事件率小于对照组 ($P < 0.05$)。见表三。

表 3 两组手术室护理不良事件 ($n=100$ 例, $n/\%$)

组别	手术错误	物品清点与术前不符	静脉输液外渗	压力性损伤	非计划拔管	职业暴露	合计
对照组	0	2	3	2	2	2	11(11.00%)
观察组	0	0	1	1	0	0	2(2.00%)
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	6.6639
P 值	-	-	-	-	-	-	0.0098

3 讨论

伴随着外科医疗技术的提升,外科手术频率日益升高。外科手术属于侵入性操作,对临床护理质量、护理技能、护理素养有很高要求^[5]。若不能保证护理质量水平,则难以保证手术效果,甚至会升高手术风险^[6]。在这一背景下,各大医院均吸取国内外优秀外科手术护理经验、引入先进护理管理理念和管理技术,提升手术室护理质量,保证手术患者安全。但社会时代逐步发展,人们健康意识与经济实力逐步升

高,对临床护理服务的要求逐步升高。现今多个医院均引入了“以患者为中心”的护理理念,基于这一理念的护理效果优于最传统护理效果^[7]。但依然存在较多问题,现有手术室护理管理方法、手术室护理质量还有很大提升空间。

护理质量反馈是临床提出的护理质控措施这一,主张结合手术室护理现状,分析其中的护理质量问题,将相关问题反馈到科室,反馈到个人,科室结合反馈内容进行护理服务

改革和护理质量控制,以提升手术室护理服务水平,改善手术室护理质量^[8]。基于护理质量反馈的精准护理模式近年来在临床广泛应用,持续提升护理服务水平,改善手术室护理质量,保证护理安全。本文研究结果显示,与对照组比较,观察组应激反应指标、护理质量评分、护理不良事件发生率、护理满意度更理想,提示基于护理质量反馈精准护理模式优于常规护理模式。原因分析如下:基于护理质量反馈精准护理模式明确了手术室护理质量指标,明确了手术室护理管理的整体问题和细节问题,将问题反馈到科室,反馈到个人,针对问题进行持续质量改进,可有效提升手术室护理管理水平,多方面着手改善手术室护理服务,形成手术室护理质量良性循环,所以患者满意、医生满意,护理质量持续提升。

综上所述,手术室应用基于护理质量反馈的精准护理模式,效果显著。

参考文献

- [1] 沈慕陶,吴昉,苏钰斌.精准护理模式联合护理风险紧急预案对手术室意外伤害患者安全性的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(6):71-72.
- [2] 李蒙,游月梅.基于CAS和SID的海信精准数字化手术

室系统在手术室护理工作中的应用[J].当代护士(下旬刊),2019,26(9):97-99.

- [3] 韩丽婧,王静,王清如.精准护理对白内障手术患者心理健康、应对方式及手术恐惧程度的影响[J].中外医学研究,2021,19(26):87-90.

- [4] 高小凤,鹿秀娟,蒋丹,等.精细化手术室护理在非体外循环冠状动脉搭桥术患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2022,19(1):129-132.

- [5] 钱文静,俞蓉倩,刘佳,等.基于4R危机管理理论的综合性医院手术室突发急性传染病护理应急管理体系的构建[J].中华现代护理杂志,2022,28(4):478-484.

- [6] 马丽红.预见性护理联合人性化服务在预防手术室患者不良事件及护理质量中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(3):554-557.

- [7] 南宁,张燕.腹腔镜结直肠癌根治术患者加强手术室优质护理干预对术后恢复的影响研究[J].贵州医药,2022,46(2):332-333.

- [8] 朱伟华.三维质量结构模式为指导的持续质量改进对提高手术室护理管理质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(7):131-133.

(上接第184页)机能紊乱,如腹泻、腹胀、胃潴留,故应加强对此类病人的护理。评价胃肠内营养的分级、腹内压、腹泻分级、腹痛分级、肠鸣音、恶心呕吐,可对肠内营养耐受进行定量评估,可作为早期肠内营养支持的重要参考,从而提高肠道功能。

重症监护室机械通气病人营养不耐受的原因较多,本研究对肠内营养不耐受的现状进行了分析,归纳出了以下几个主要原因:第一,胃潴留。如果病人有低血压、休克等情况,会导致血液循环减慢,导致肠道缺血和缺氧的可能性增大。此时肠道粘膜的活性减慢,会直接影响肠道的功能,从而产生潴留问题。机械通气气囊的密封性能是造成潴留的重要因素。如果不能达到良好的封闭效果,就会增加胃胀气的发生率,使病人的胃张力降低,使胃排空时间变长,出现严重的胃潴留。第二种是腹泻。如果是浓度、温度、低蛋白血症、乳糖不耐受等因素引起的机械通气病人会出现腹泻。此时应立即对病人进行胃潴留和粪便的颜色和数量进行检测。可以口服金双歧、整肠生等调理肠道菌群的药物。一旦出现严重的腹泻,要进行科学、合理的治疗^[3-4]。第三,腹部压力增加。在进行机械通气的病人进行治疗时,会出现剧烈的咳嗽,因此要采取必要的营养支持。

由于呼吸机病人长期处于高代谢状态,应及早进行治疗,并给予肠内营养支持。由于肠内营养不良的发生率很高,因此,在临床上,必须对病人的营养耐受性进行实时监控,以减轻对肠道的影响。使用肠内营养可以帮助机械通气的病人恢复胃肠功能。但是,在进行肠内营养时,应注意营养液的

浓度和温度的适宜性,同时要采取适当的鼻饲护理,避免出现严重的并发症。同时,由于操作不当,会导致病人出现腹胀、误吸等不良情况,因此,在实施肠内营养支持时,必须进行细致、全面的护理,确保病人的生命安全。总之,在机械通气病人不能忍受的情况下,应根据病人的具体情况,综合考虑其原因,采取相应的护理措施,以改善病人的不耐受状态,从而提高疗效^[5-6]。

综上所述,重症监护室机械通气患者实施基于肠内营养耐受评估的护理干预效果确切,可有效改善患者营养状况和提高其生命质量,提高患者满意度,且有利于改善患者的胃肠道功能,值得推广。

参考文献

- [1] 缪小莉,叶纪录,濮雪华,等.添加果胶膳食纤维的肠内营养对重症患者免疫功能及胃肠道功能的影响[J].中华危重症医学杂志(电子版),2021,14(6):460-465.

- [2] 陈佳萍.重症胰腺炎病人肠内营养耐受性管理的研究进展[J].全科护理,2021,19(36):5085-5089.

- [3] 刘雯.早期管饲肠内营养在高龄老年重症肺炎患者中的应用与护理[J].结直肠肛门外科,2021,27(S2):139.

- [4] 许文娅.低热量肠内营养在急性重症创伤性脑损伤患者中的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(24):3973-3974.

- [5] 康莉,王翠玲,田佳,等.上消化道术后患者肠内营养喂养不耐受预防及管理的循证护理实践[J].中华现代护理杂志,2021,27(35):4811-4817.

- [6] 付国东,邓艳萍,吴慧玲,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养喂养不耐受的研究现状[J].中华现代护理杂志,2021,27(35):4893-4897.