

应用持续质量改进方法防止非计划性拔除胃管

李 敏, 章鸿雁, 韦佩沂

作者单位: 545005 广西 柳州, 广西医科大学第四附属医院胸心外科

作者简介: 李敏(1965-), 女, 本科学历, 学士, 副主任护师, 研究方向: 心胸外科临床护理。电话: 13978057579, E-mail: limin57579@163.com。

【关键词】 胃管拔管; 护理

【中图分类号】 R 472.9 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2008)01-0083-02

食管癌根治术后需留置胃管持续胃肠减压, 以减少胃液积聚, 降低手术部位的张力和炎症, 有利于食管-胃吻合口愈合。一般置管时间为 5~7 天。然而临床上常由于各种原因可发生非计划性拔除胃管, 导致病人出现急性胃扩张、吻合口瘘等并发症, 增加了病人痛苦, 严重者可威胁病人生命。因此, 如何降低非计划性拔除胃管, 提高护理质量十分重要。我科对食管癌根治术后患者实施持续质量改进 (continuous quality improvement, CQI), 使非计划性拔除胃管明显下降, 现总结如下。

1 CQI 方法

1.1 分析非计划性拔除胃管的因素 回顾性分析 2004-03~2006-03 月我科 28 例食管癌术后患者, 发生非计划性拔除胃管 5 例, 其主要因素有以下几个方面:

1.1.1 患者因素 疼痛、紧张、舒适改变是发生非计划性拔除胃管的主要因素; 另外知识缺乏、年龄因素、剧烈咳嗽及患者意识状态亦是重要原因。

1.1.2 胃管管理方面的因素 常规胃管固定法^[1], 加上胃肠减压袋固定在病人的床上, 由于咳嗽、打喷嚏极易导致胃管自行松脱; 胶布被病人的汗液、分泌物污染失去黏性, 引起固定不牢导致胃管自行脱落。

1.1.3 医护方面的因素 没有充分评估意外拔管的危险因素, 操作不规范; 未有效地约束患者双上肢; 未及时、持续使用镇静剂; 护士的知识、经验不足, 巡视不及时; 未及时拔管。

1.2 制定质量改进流程 由护士长和责任组长负责, 全科护理人员参与, 组成 CQI 小组。制定防止患者非计划性拔除胃管的质量改进流程, 明确目标和分工, 负责人每天上午与护士查房一次, 下午 17:15 与科主任、交接班的医师共同查房一次, 并随时关注实施情况, 每月组织小组讨论, 修正流程, 分阶段进行效果评价, 总结经验。

1.3 实施流程

1.3.1 健康教育贯穿护理全过程 术前、术后应耐心向患者及家属解释留置胃管的意义, 置管后的不适表现以及缓解不适的方法等, 并讲明自行拔管的危害, 同时让患者了解目

前治疗进展, 告知病人拔管的时机, 消除患者紧张、恐惧心理^[2]。另外, 护士要经常到病床给予患者精神支持, 做好心理护理, 以实例鼓励患者战胜疾病的信心, 积极配合治疗。

1.3.2 音乐疗法 国内外研究认为, 癌症是一种心身疾病, 其发生、发展与社会心理因素有着不可忽视的联系^[3]。而音乐疗法具有良好的心理治疗作用^[4]。建议让病人听一些舒缓的乐曲、收听广播及看电视以减轻其焦虑、抑郁和恐惧的心理, 同时减轻由置管带来的烦躁情绪, 降低自行拔管的概率。

1.3.3 妥善固定胃管 常规胃管固定法极易导致胃管自行松脱。采用靠近鼻孔处用宽 1.5 cm 胶布缠绕胃管 2~3 周, 用一条长约 40 cm 的细绳系于胶布处, 将绳子尾端打一死结向上环绕至额头处, 用 2 条宽 2~3 cm 胶布贴在绳子尾端固定效果好^[5]。我们又采用取长 7 cm、宽 3 cm 的医用胶布 1 块, 将胶布背面纵向对折, 用剪刀在折好的胶布的边缘侧 3.5~3.0 cm 处剪 1 个三角形缺口, 将胶布分为相连的两部分; 将有缺口的一端剪成病人鼻尖大小的圆形, 再将圆形部分从内侧掏空, 剪成空心环状, 内径约为 2 cm; 胃管成功插入后, 将环型部分贴于病人鼻尖处, 将胶布的另一端包裹于胃管上即可^[6]。这种胃管固定法经临床使用效果更好。

1.3.4 及时有效约束双上肢 术前告知患者术后麻醉未完全清醒前给予约束双上肢, 防止未清醒或苏醒前躁动将胃管拔除。术后早期夜间特别是醒-睡交替期时高龄患者尤为要重视。因为老年患者循环功能差, 呼吸频率在药物作用下降低, 大脑缺氧, 在醒-睡交替期可出现恍惚状态, 对异物刺激敏感性高, 产生一过性认识混乱而发生不稳定行为(自行拔管)。

1.3.5 合理使用镇静剂 术后对于疼痛特别敏感、心情紧张、胃管异物感严重和对被动体位不适感的患者, 在常规镇痛泵持续镇静、镇痛时还要及时使用其它有效镇静剂, 以消除术后疼痛和不适。

1.3.6 规范操作和加强巡视 医护人员在协助患者翻身、拍背咳嗽、口腔护理、伤口换药等操作时动作要规范, 不可用

力过猛并妥善固定好胃管,防止将胃管拉出。在患者易拔管的高危时段(18:00~20:00,23:00~2:00,6:00~8:00)增加巡视次数,观察胃管的位置、胶布固定及胃管通畅情况,并及时发现,阻止患者的拔管行为^[7]。

1.3.7 加强培训和质量控制 培训内容包括护士对非计划性拔除胃管的认知,患者情况的评估技巧,以及非计划性拔除胃管的相关护理对策。同时加强质量控制管理,把非计划性拔除胃管纳入质控范围。通过加强脱管隐患管理和护理流程的实施,以及每月召开质量控制总结会,使意外拔管的发生率明显下降,使护理质量得到不断提高。

1.3.8 掌握好时机适时拔管 对于已排气、排便,夹管后进食少量开水无胃胀患者应及时拔除胃管。

1.4 评价

比较 CQI 前后的非计划性拔除胃管率,数据应用 SPSS10.0 软件统计分析。

2 结果

通过该流程的实施,护士的健康教育能力、非计划性拔除胃管的防范意识明显增加,胃管固定技巧,以及与病人沟通技巧明显提高,非计划性拔除胃管显著减少。经 Fisher 精确概率法检验 $P = 0.0214$,有统计学意义。见表 1。

表 1 CQI 前后胃管非计划性拔管率比较

时 间	拔管人数	未拔管人数	合计	拔管率(%) [△]
CQI 前	5	23	28	17.86
CQI 后	0	30	30	0.00
合 计	5	53		8.62

CQI 前后拔管率比较, $\Delta P = 0.0214$

3 讨论

CQI 是新时期医院发展的重点,是医院管理的灵魂。CQI 注重的是环节管理,与以往的传统的回顾性管理不同,它重视的是过程的管理,同时 CQI 也是一个不间断的过程,它没有终点,只有不间断的进取,不断的创造,在原有的质量基础上不断完善管理的过程,从而取得更好的成绩,使护理质量管理处于一个良性循环的轨迹中^[8]。

3.1 CQI 可防止患者非计划性拔除胃管 CQI 实施过程中应细化各个环节,以确保 CQI 的有效实施,进而提升护士的

健康教育能力、沟通技巧、安全防范意识,同时护士在执行各项护理操作过程中应首先考虑患者的安全,这样才能防止护理意外即非计划性拔除胃管的发生。

3.2 重视护士培训及合理排班 对护理人员进行专业培训后意外拔管的发生率明显下降。通过业务学习、小讲课,以及护理查房等形式,提高护士的健康教育能力,完善护理对策。健康教育培训包括:评估患者状态、病情,做好心理护理,讲述相关知识及家庭护理等。护理对策培训包括:胃管固定技巧、沟通技巧、镇静剂的应用,以及发生非计划性拔除胃管后的处理等。护士长排班时要做好新老护士搭配,能力强弱搭配,危重病人多时,在非计划拔除胃管的高危时期醒-睡交替期安排加强班,同时对拔管高危患者特别交班,消除隐患。

3.3 加强管理 护士长在实施流程过程中要随时关注患者情况,做到发现问题及时处理,同时每月组织小组讨论,修正流程,分阶段进行效果评价,总结经验以确保 CQI 的有效实施。

参考文献

- 1 陈维英,主编.基础护理学[M].南京:江苏科学技术出版社,1997:125.
 - 2 关 纯,韩玉芳.非计划性拔管的原因分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2002,8(4):299-300.
 - 3 寇振芬,石玉中.癌症病人情绪障碍分析[J].中国临床心理学杂志,1995,3(3):163.
 - 4 Dyer I 等著. ICU 综合征及音乐疗法.郭凤林,张家驹编译.国外医学护理学分册,1997,16(3):103-104.
 - 5 黄惠桥.非计划性拔除胃管的原因分析及护理[J].医学文选,2002,21(1):116-117.
 - 6 李 玲,肖艳秋,白 琳.介绍一种胃管固定法[J].中华护理杂志,2007,42(4):346.
 - 7 范河谷,关月娥,许智红. ICU 老年患者夜间非计划性拔管原因分析与对策[J].南方护理学报,2002,6(3):0034-0036.
 - 8 任年真.现代医院医疗质量管理[M].北京:人民军医出版社,2000:139.
- [收稿日期 2008-08-15][本文编辑 谭 毅 刘京虹]

(上接 82 页)

原发性宫颈淋巴瘤综合治疗为目前多用的有效方法。其预后比同期别的宫颈鳞癌要好一些,存活率与临床分期密切相关,全子宫、双附件切除术后加放疗及化疗,5 年存活率约 73%^[4]。有学者报道其 5 年生存率可达 93%^[6]。

参考文献

- 1 Orlev LN, Ehud B, Tamar BG, et al. Does the dual-specificity MAPK phosphatase Pyst2-L lead a monogamous relationship with the Erk2 protein[J]. Immunol Lett, 2004, 92(1-2):149-156.
- 2 Levy-Nissenbaum O, Sagi-Assif O, Witz I P. Characterization of the dualspecificity phosphatase Pyst2 and its transcripts[J]. Genes

Chromosomes Cancer, 2004, 39(1):37-47.

- 3 Levy-Nissenbaum O, Sagi-Assif O, Raanani P, et al. Overexpression of the dual-specificity MAPK phosphatase Pyst2 in acute leukemia[J]. Cancer Letters, 2003, 199:185-192.
- 4 梁 军,严新雨,张顺仓.原发性宫颈淋巴瘤 1 例.陕西医学杂志,2001,30(9):567.
- 5 刘翠苓,李 敏,黄 欣,等.宫颈淋巴瘤与淋巴瘤样病变的诊断与鉴别诊断[J].白血病·淋巴瘤,2006,15(4):261-263.
- 6 Harris NL, Scully RE. Malignant lymphoma and granulocytic sarcoma of the uterus and vagina. A clinicopathologic analysis of 27 cases [J]. Cancer, 1984, 53(11): 2530-2545.

[收稿日期 2008-10-11][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]