

QCC 在医院急诊预检分诊中的应用效果分析

黄彩芳

宁德市闽东医院

【摘要】目的 探讨品管圈 (QCC) 在医院急诊预检分诊中的应用效果。**方法** 选取 2018 年 8 月至 2019 年 8 月于我院急诊科应用常规预检分诊的 120 例患者作为对照组, 选取 2019 年 9 月至 2020 年 9 月于我院急诊科应用 QCC 预检分诊的 120 例患者作为研究组, 比较两组分诊准确率与 QCC 活动前后护理人员专业知识、沟通协调能力、分析能力与责任感评分。**结果** 研究组分级与分科准确率均高于对照组 ($P<0.05$); QCC 活动后护理人员各方面能力评分均高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 在急诊预检分诊中应用 QCC 可提高分诊准确率与护理人员综合素质, 效果确切。

【关键词】 品管圈; 急诊预检分诊; 分诊准确率

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1671-4083 (2021) 10-167-02

急诊预检分诊是分诊护士依据患者症状、体征与主诉等情况, 初步判断与合理区分患者疾病急、危、重情况, 并对此安排就诊顺序、分科和分区等的过程^[1]。品管圈 (QCC) 是指相同工作性质或优势互补的人员自发组建的品质管理小组, 该小组人员共同协作、集思广益, 针对工作中规划、问题与目标等共同分析、改进工作问题, 并改善工作机制、实施合理的工作方案^[2]。本研究探讨品管圈在医院急诊预检分诊中的应用效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 8 月至 2019 年 8 月于我院急诊科应用常规预检分诊的 120 例患者作为对照组, 选取 2019 年 9 月至 2020 年 9 月于我院急诊科应用 QCC 预检分诊的 120 例患者作为研究组, 对照组中男 65 例, 女 55 例, 年龄 23-79 (45.63 ± 5.45) 岁; 对照组中男 62 例, 女 58 例, 年龄 21-76 (44.23 ± 5.16) 岁。两组一般资料比较无显著差异 ($P>0.05$)。

1.2 常规预检分诊流程

由分诊护士依据急诊患者与其家属主诉、患者临床症状及自身工作经验对患者进行分级与分科。

1.3 QCC 预检分诊流程

1.3.1 成立 QCC 专项小组

根据急诊分诊特点成立 QCC 专项小组, 组长由急诊科护士长担任, 由 11 名急诊护理经验丰富的急诊科护士共同组成, 活动主题为“正确及时对急诊患者进行预检分诊, 提高分诊准确率”, 确定圈名为分诊圈。

1.3.2 现状分析

收集对照组中 120 例患者临床资料, 其中分诊失误人数为 17 例。

1.3.3 要因分析

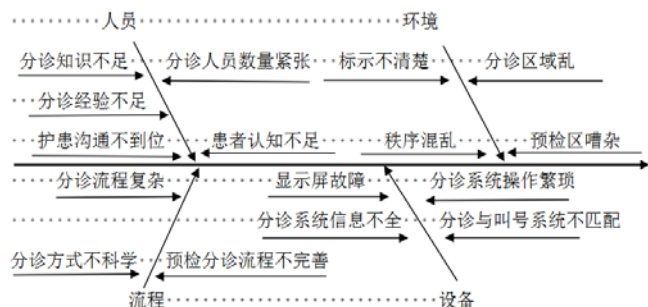


图 1: 分诊失误要因分析的鱼骨图

根据调查结果, 对导致分诊失误的可能因素进行鱼骨图分析, 列出 18 个要因。见图 1。根据 80/20 原则, 分诊失误

主要原因为护士分诊知识掌握不足、医患沟通不到位、分诊人员数量紧张、秩序混乱与预检分诊系统不完善。

1.3.3 对策拟定

①邀请内、外科医生讲解疾病鉴别诊断的要点, 通过学习交流典型案例, 对判断思路进行分析讲解, 并加强诊断学、多学科疾病知识的培训, 进而提高护士分诊能力; ②组织急诊护士学习医患沟通技巧, 自行编、导、演护患沟通的情景剧, 汇总分析护患沟通问题, 通过培训提高护士沟通技巧; ③实行弹性排班, 合理分诊安排护士班次, 在高峰期时增加分诊护士数量, 并合理搭配经验丰富与经验不足的新老护士, 以便新护士经验积累; ④加强各诊室门口巡视, 维持秩序, 同时对于人流密集的诊室及时疏导分散人流; ⑤补充更新预检分诊系统信息, 优化操作流程。

1.4 观察指标

(1) 比较两组分级与分科准确率; (2) 于 QCC 活动前后评估本科 14 名护理人员专业知识、沟通协调能力、分析能力与责任感, 各项总分为 100 分且评分越高则能力越佳。

1.5 统计学方法

应用 SPSS18.0 软件对研究数据进行统计分析, 以 $\bar{x}\pm s$ 表示计量数据, 采用 t 检验, 以 % 表示计数资料, 采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组预检分诊准确率比较

研究组分级与分科准确率均高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1: 分诊准确率比较 (%)

组别	分级准确率	分科准确率
研究组 (n=120)	112 (93.33)	114 (95.00)
对照组 (n=120)	99 (82.50)	105 (87.50)
χ^2	6.629	4.227
P	0.010	0.040

2.2 QCC 活动前后护理人员能力比较

QCC 活动后护理人员专业知识、沟通协调能力、分析能力与责任感评分均高于活动前, 差异显著 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2: QCC 活动前后护理人员能力比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	专业知识	沟通协调能力	分析能力	责任感
活动前	78.14 $\pm$ 6.25	80.02 $\pm$ 5.19	76.13 $\pm$ 7.25	83.26 $\pm$ 6.43
活动后	90.28 $\pm$ 5.46	89.69 $\pm$ 4.72	88.24 $\pm$ 5.13	91.41 $\pm$ 5.38
t	5.473	5.158	5.102	3.637
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

(下转第 169 页)

儿可输注 10% 氨基酸。陆璐等^[14] 在研究中称早产儿采取保暖、鼻饲喂养、呼吸道通畅等措施, 有利于提高患儿通气治疗效果, 减少并发症发生。

3.2 呼吸道护理

患儿采取仰卧位, 在其颈部垫高 3cm, 呼吸道处于伸直状态, 确保呼吸道通畅。对于采用 PS 治疗的患儿, 吸痰时间太早, 可能会将患儿肺内药物吸出, 影响治疗效果。周卫军^[15] 等研究认为采用无创通气治疗的 NRDS 患儿, 采取不同方式的通气治疗模式, 效果各不相同, 且各有优缺点。对于配合 PS 治疗的 NRDS 患儿, 在对其进行呼吸道护理干预时, 可在用药后采取持续正压气道通气治疗, 能有效减少机械通气时间^[16-17]。

3.3 并发症及感染护理

3.3.1 并发症预防

NRDS 患儿可采用多功能监护仪监测其各项生命体征, 对其进行血气分析。对于采用呼吸机通气治疗的患儿, 可观察患儿是否自我呼吸、有无存在人机对抗, 气管插管是否出现管道外露过长、管道脱落、呼吸道道积水和湿化液量等状况。以患儿的实际病情为主, 调整呼吸机参数和吸入的氧浓度^[18-19]。

3.3.2 感染预防

保持病房内通风良好, 定期进行消毒, 对患儿实施隔离保护。在对患儿进行治疗和护理时, 要严格按照要求进行无菌操作, 治疗可集中进行, 减少对患儿的过度暴露和刺激, 避免发生呼吸机相关疾病感染^[20]。

4 小结

综上所述, NRDS 是婴幼儿呼吸系统常见病, 呼吸支持是常用的 NRDS 治疗方式, 笔者对 NRDS 发病原因、呼吸支持治疗方式和相应的护理措施进行整理和分析, 可作为 NRDS 治疗和护理的参考依据。

参考文献

- [1] 孙桂芹. 新生儿呼吸窘迫综合征的护理进展[J]. 中国农村卫生, 2015(12):61.
- [2] 程伟, 茅双根. 经鼻双水平正压通气在早产儿呼吸窘迫综合征中的应用进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(32):4934-4936.
- [3] 曹萍. 新生儿呼吸窘迫综合征应用肺表面活性物质的护理进展[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016, 2(08):147-149.
- [4] 张瑞敏, 平莉莉, 刘晓红, 马素芳. 新生儿呼吸窘迫

综合征肺表面活性物质及呼吸支持治疗进展[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(16):3427-3430.

[5] 黄翠莲. 预防性护理措施对新生儿呼吸窘迫综合征的防治作用[J]. 河北医药, 2017, 39(18):2874-2876.

[6] 谭军. 新生儿呼吸窘迫综合征的呼吸支持策略及研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(65):12865-12866.

[7] 周旭晨, 宁娟, 吕银, 吴玉斌, 严婷婷. NIAPAS 评分系统在早产儿呼吸窘迫综合征进行 HHHFNC 中的应用研究[J]. 农垦医学, 2020, 42(05):456-459.

[8] 黄斐祺, 包蕾. Silverman-Anderson 评分与 Downes 评分在新生儿呼吸窘迫中的研究进展[J]. 儿科药杂志, 2021, 27(09):47-51.

[9] 张慧杰, 温晓红. 双水平正压通气在早产儿呼吸支持中的应用进展[J]. 中国儿童保健杂志, 2018, 26(08):858-861.

[10] 马力, 杨海波, 温晓红. 双水平正压通气在早产儿呼吸支持中的应用进展[J]. 临床儿科杂志, 2018, 36(09):707-710.

[11] 高丽萍. 新生儿呼吸窘迫综合征的治疗进展研究[J]. 中国处方药, 2020, 18(03):17-18.

[12] 迟明, 梅亚波, 封志纯. 新生儿急性呼吸窘迫综合征研究进展[J]. 中国当代儿科杂志, 2018, 20(09):724-728.

[13] 李怀营. 改进新生儿呼吸窘迫综合征治疗及护理方法对患儿的预后及影响[J]. 现代医用影像学, 2019, 28(05):1096-1098.

[14] 陆璐, 王迎. 湿化高流量鼻导管通气在早产儿呼吸系统疾病临床应用研究进展[J]. 医学综述, 2019, 25(06):1208-1211+1216.

[15] 周卫军, 何益春, 李琴, 李颖. 无创通气在早产儿呼吸窘迫综合征治疗中的应用进展分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14(28):191-193.

[16] 董朝琼, 唐小凤. 俯卧位通气干预护理对新生儿急性呼吸窘迫综合征的作用研究[J]. 现代医学, 2019, 47(11):1420-1423.

[17] 刘鸽, 田秀英. 早产儿无创通气技术的应用进展[J]. 医疗装备, 2020, 33(10):190-191.

[18] 潘子琴. 新生儿呼吸窘迫综合征应用肺表面活性物质的护理进展[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(06):188+198.

[19] 王洪娟, 刘传军, 杨震英. 无创通气在早产儿呼吸窘迫综合征治疗中的应用进展[J]. 中国实用医药, 2017, 12(24):190-191.

[20] 王晓冰, 张君平, 雷国锋. 新生儿呼吸窘迫综合征患儿并发呼吸机相关肺炎的独立危险因素研究[J]. 山西职工医学院学报, 2018, 28(06):68-69.

(上接第 167 页)

3 讨论

急诊科患者大多病情较为严重, 通常需及时对症治疗稳定病情, 进而要求分诊医护人员通过合理、科学的分诊流程尽可能缩短分诊、抢救等时间, 以便患者及时进行后续治疗, 但由于预检处就急诊患者数量庞大、分诊护士疾病判断能力有限与分诊流程不够合理等多方面原因, 以致部分患者难以得到及时有效的预检分诊, 甚至影响患者及时诊治^[3-4]。

研究结果显示, 应用 QCC 预检分诊可提高分级与分科准确率, QCC 小组成员通过全方位分析急诊患者分诊失误的可能因素, 对分诊失误的影响因素进行深度分析与挖掘, 并对此提出改善方案, 通过拟定相应对策提高分诊医护人员工作能力, 并保障急诊患者病情得到有效评估、分诊流程得到完善、医疗资源得到有效利用, 进而确保预检分诊的有效性、准确性, 提高分诊工作的效率。经 QCC 活动可明显提高护理人员综合素质, 其原因在于 QCC 小组成员通过分析分诊失误可能因素,

并对此拟定对策, 不仅丰富了急诊预检分诊知识与提高了护患沟通技巧, 而且改进了既往工作思维与模式, 提高分诊医护人员解决问题的能力与意识, 进而使其综合素质具有明显提高。

综上, QCC 在急诊预检分诊中应用效果良好, 可提高分诊准确率与医护人员综合素质。

参考文献

- [1] 张丽静, 腾雪飞, 赵驾驾, 等. 影响急诊分诊正确率原因分析及对策[J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 27(4):440-441.
- [2] 同小利, 赵玲. 品管圈在提高急诊预检分诊正确率中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(34):167-168.
- [3] 古文珍, 邓惠芬, 李雯秀, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间口腔急诊的预检分诊管理策略[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(S1):618-620.
- [4] 沈吉萍, 叶杨, 刘燕芳, 等. 基于品管圈提高门诊预检有效率[J]. 解放军医院管理杂志, 2019, 26(03):32-35.