

PDCA 模式在危重患者压力性损伤预防中的应用

韦红棉 黄月初 韦柳江

(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

摘要: 目的: 探讨应用 PDCA 模式对危重症患者压力性损伤预防中的应用效果。方法: 回顾性分析本院 RICU 2019 年 12 月-2020 年 12 月收治的重症患者 1000 例为对照组, 另取本院同科室 2021 年 1 月-2022 年 1 月收治的危重症患者 1000 例为观察组。对照组给予常规的压力性损伤预防及护理措施, 观察组应用 PDCA 模式即通过计划、实施、检查、处理四个阶段, 对压力性损伤进行预防及护理, 比较两组患者压力性损伤发生情况及患者的满意度评分。结果: 观察组压力性损伤发生率 (0.014%) 明显低于对照组 (0.058%), 观察组患者对护理满意度为 95.00%, 明显高于对照组的 80.00%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: PDCA 管理模式应用于危重症患者护理工作中, 能够有效的预防患者压力性损伤发生, 提高护士对压疮的管理意识, 同时也提高患者对护理工作的满意度。

关键词: PDCA 模式; 危重症患者; 压力性损伤

重症患者由于病情重、被动体位、排便障碍等原因, 常发生压力性损伤 (pressure injuries, PI)^[1]。而 PI 又易继发感染, 诱发败血症, 使危重患者住院时间延长, 甚至导致病死率增加^[2]。目前 PI 的发生率已成为评价科室护理质量的一个重要敏感性指标之一, 同时也是临床管理者工作中非常棘手的难题^[3]。PDCA 模式即计划、实施、检查及处理, 是质量管理的标准体系, 通过不断分析问题、解决问题, 从而使管理质量得到螺旋式上升的过程。本文通过应用 PDCA 模式对 PI 相关因素进行分析后, 制定出相关护理措施, 促进皮肤护理的持续质量改进, 现将护理结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取本院呼吸重症监护室 (RICU) 2019 年 12 月-2020 年 12 月收治的压疮高风险危重患者 1000 例, 设为对照组, 其中男 680 例, 女 320 例, 年龄 19~88 岁, 平均 (58.8±2.2) 岁, Braden 评分均≤12 分; 同期选取 2021 年 1 月-2022 年 1 月收治的压疮高风险危重患者 1000 例为观察组, 其中男 660 例, 女 340 例, 年龄 20~89 岁, 平均 (59.9±2.1) 岁, Braden 评分均≤12 分。两组患者性别、年龄、病情及压疮风险评分等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。纳入本研究的护理人员共 23 名, 女性 20 名, 男性 3 名, 年龄 24~39 岁, 平均 (23.8±7.5) 岁; 职称: 主管护师 4 名, 护师 8 名, 护士 11 名。纳入活动的护理人员基本资料均无显著差异, 可以对比研究。($p>0.05$)。

1.2 纳入标准及排除标准 ①符合“危重症患者”诊治标准; ②患者完全知情同意并自愿参与; ③所有患者入组前全身皮肤无损伤。排除标准: 病情危重不允许翻身且合并不可避免压力性皮肤损伤的疾病 (如恶液质患者)。

1.3 方法 两组均予常规压疮预防护理, 包括基础护理、健康教育、并发症预防、康复指导等。观察组在此基础上, 参照文献进行 PDCA 管理。分四个阶段执行。

1.3.1 计划 (Plan)

1.3.1.1 在护理部及大科压疮管理小组的直接领导下, 科室成立以护士长为第一责任人的 PDCA 管理小组, 组员为全科护理人员; 由护士长指定专人担任小组长, 负责本科室高危压疮患者的全面管理; 小组成

员执行分工负责制, 各班护士发现问题要及时汇报护士长及小组长, 必要时请大科压疮管理小组专家会诊。

1.3.1.2 根据 PDCA 活动的目的, 拟定管理计划; 管理周期为 2021 年 1 月-2022 年 1 月, 并绘制甘特图以便调整管理进度。

1.3.1.3 现状调查 呼吸重症监护室 (RICU) 是河池市人民医院的重点专科, 床位编制 15 张, 实际使用床位 18 张。自 2018 年 4 月成立后到 2019 年 11 月, 年度皮肤压力性损伤总发生率为 0.058%; 2019 年 12 月-2020 年 12 月, 年度皮肤压力性损伤发生率 0.26%, 由此可见, 本科室住院患者 PI 发生率有明显上升趋势。

1.3.1.4 拟定目标 将 2021 年 1 月-2022 年 1 月定为管理的主要时段, 将科内 PI 发生率控制在 0.15% 以内。

1.3.1.5 原因查找 在护士例会上, 要求每人提出 1-2 例的压疮发生的影响因素。影响因素包括人的因素、器械因素、管理因素 3 个方面。人的因素包括患者因素: 自身存在的压疮高危及依从性差; 护理人员: 评估不到位、交接班不严格、缺乏 PI 预防意识等; 器械因素包括约束带过紧及缺乏高危标识; 管理因素包括信息系统不完善、相关知识培训不够、缺乏医疗器械压疮预防相关制度及特殊部位压疮的相关护理指导制度等。

1.3.1.6 确定要因 针对可控因素, 小组成员按照 1、3、5 分进行评价(重要 5 分、一般 3 分、不重要 1 分), 计算单项总分。根据 80/20 法则, 确定重要因素如下: 翻身技术不规范、减压措施不得当、再次评估不到位、高危标示、 使用医疗器械。

1.3.1.7 拟定对策 根据对因素的确定, 制定相关的护理措施。①制定标准的翻身技术操作规程, 培训全科护士并进行考核; ②正确使用减压敷料及器具, 制定减压敷料及器具的使用规范, 培训其使用方法; ③制定再次评估范围要求, 再次评估率达 90% 以上, 临床督导质控^[4]; ④制作规范的高危标识, 根据 Braden 评分, 制作红、黄两种颜色高危标识, 悬挂床头; ⑤制定医疗器械相关性压疮的护理指引, 并进行培训。

1.3.2 实施 (Do) ①根据危重症患者病情, 制定标准的翻身技术操作规范及规程, 全科培训, 实地演练。危重患者要两人协助翻身, 防止拖拉拽; 肩背、腰及背部使用楔形海绵软垫; 男患者用小麋子垫将阴囊托起, 防止阴囊水肿; ②培训各种减压器具及敷料的特性和使用方法, 根据患者评分情况正确选择减压敷料; ③制定压疮再评估机制, 压疮再

临床研究

评估时机^[5]: 病情发生变化、手术后、转科后、体位限制后等, 要求人人掌握; ④根据压疮评分制作红、黄两种颜色的高危标示悬挂于床头, 压疮 Braden 评分 10—16 分用黄色标识, Braden 评分≤9 分用红色标识。严格按照预防压疮的流程及压疮发生危险等级采取相应的措施; ⑤制定危重症患者常用医疗器械相关性压疮护理干预指引^[6]: 气管切开每 8h 评估皮肤, 评估系扣的松紧度, 加泡沫垫减压; 口咽气管插管每 8h 评估口唇、鼻子、舌头, 定时变换转动管子的位置; 氧气管用泡沫垫子放于人中部位, 每班评估管子下面及耳后皮肤; 使用心电监护仪时左右两只手交换监测血压, 血氧饱和度监测夹子也每 2h 更换手指。

1.3.3 检查 (Check) 科室护士长每天到床边了解患者皮肤情况, 检查各种预防措施是否落实正确或到位; 针对已经发生的皮肤压疮, 当事人要及时如实上报, 伤口小组及大科护士长定时到床边查看, 了解患者的具体情况, 对责任护士工作给予检查、评价, 并指导下一步的实施方案。科室护士长每月质量评价, 每季度进行总结, 针对压疮风险反馈给护理部与大科护士长, 针对存在的问题, 共同讨论、分析, 提出整改意见。

1.3.4 处理 (Action) 针对 2019 年 12 月—2020 年 12 月年的资料汇总发现, 年内压疮发生率的 0.058%; 原因是依次是评估不到位体位、体位摆放不规范、减压措施不当、培训不到位。组内成员进行根因分析、层层解析, 将无评估单、局部组织长时间受压、昏迷患者体位摆放不规范、减压措施不当、培训不到位确定为监护室压疮发生的主要因素。进一步调整活动计划, 制定相应措施, 将新成果及没有解决的问题或新出现的问题转入下一个 PDCA 循环。

1.4 评价指标

1.4.1 统计两组患者院内 PI 发生率 PI 发生率=同期院内压疮发生例数/同期住院患者总例数×100%。PI 的分级根据美国压疮顾问小组 (NPUAP) 推荐的标准进行压疮分级, 分为 I、II、III、IV 级; 分级越高, 病情越严重^[7]。

1.4.2 护理满意度 出院前发放本科自制的护理工作满意度调查问卷, 分为非常满意、满意及不满意。前两者计入满意度。由专人指导患者, 采用无记名的方式填写, 发放问卷, 全部收回。

2 数据处理

采用 SPSS23.0 统计学软件进行数据分析, 计数资料以(%)表示, 采用 χ^2 检验。以 $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者住院期间压疮发生率的比较 所有患者无 IV 级压疮, 观察组的压疮发生率低于对照组, 具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者住院期间压疮发生率的比较 (n, %)

组别	例数	无	I 期	II 期	III 期	压疮发生率
观察组	1000	986 (98.60)	12 (0.12)	2 (0.02)	0	14 (0.014)
对照组	1000	942 (94.20)	25 (0.25)	28 (0.28)	5 (0.05)	58 (0.058)
χ^2 值					6.358	
p 值					0.037	

3.2 两组患者护理满意度比较 观察组患者护理满意度高于对照组,

差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者对护理满意度比较 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率
观察组	1000	600 (60.00)	350 (35.00)	50 (5.00)	950 (95.00)
对照组	1000	350 (30.00)	450 (45.00)	200 (20.00)	800 (80.00)
χ^2					8.576
p 值					0.000

4 讨论

危重患者由于自身的状况, 成为压疮发生的高危人群, 如果护理人员对这类患者的皮肤护理不重视, 将会成为最大的安全隐患。既往对压疮的管理多是以终末质控为主而忽略对护理环节的质量控制。PDCA 模式是管理水平的提升过程, 是通过不断解决问题、改善品质来实现阶梯式上升的过程, 它的最终目的是降低风险事件及提升护理质量。我们将 PDCA 模式运用在危重症患者预防 PI 的护理工作中, 通过制定计划、现状调查、目标设定、原因查找、确定要因、制定对策、具体实施等策略, 同时对检查结果分析, 使得 PI 管理质量呈螺旋式上升。本研究结果显示, 实施 PDCA 模式管理前, 接受 PI 常规管理模式的对照组压疮发生率为 0.058%, 实施 PDCA 模式后的观察组 PI 总发生率为 0.014%, 两组比较差异有明显的统计学意义 ($p<0.05$), 说明该模式的应用可明显降低压疮的发生率, 进一步提升医院皮肤压疮管理水平。通过 PDCA 护理管理小组定期针对患者满意度进行问卷调查, 对存在的问题进行讨论, 查找现阶段存在的主要问题, 制定相应的改进计划, 之后组织护理人员共同参与讨论, 提出持续改进措施, 改变以往护理工作被动的状态; 同时也纠正了护理人员在护理措施、健康指导、心理护理和人文关怀方面的一些缺失, 促进了护患关系的融洽, 因而也提高了患者的满意度。这与黄兰萍等研究的 PDCA 能提高危重患者压疮风险的预警及预防策略, 提升患者安全及护理质量等观点是一致的。

参考文献:

- [1] 罗政忠, 王波. 实施压疮管理的 PDCA 循环实践 [J]. 当代护士, 2018, 25(12): 115—119.
- [2] 王栋. PDCA 护理模式在预防脑卒中后气管切开患者肺部感染中的应用效果 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(2): 310—312.
- [3] 张宗雪, 毛秀莲等. PDCA 循环管理模式用于预防住院患者跌倒的效果观察 [J]. 广东科大学报, 2021, 39(1): 116—118.
- [4] 童丽丽, 赵梅. 国内压疮评估量表的应用进展 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(4): 112—118.
- [5] 张霞, 杜绍英. Braden 压疮评分表在 ICU 危重患者的应用 [J]. 医药前沿, 2019, 9(4): 275—278.
- [6] 陆海平, 陈红霞. ICU 患者压疮的预防与护理研究进展 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(13): 43.
- [7] 褚万立, 郝岱峰. 美国国家压疮咨询委员会 2016 年压力性损伤的定义和分期解读 [J]. 中华损伤与修复杂志, 2018, 13(1): 64—68.