

Time-out 手术巾在提高术前 Time-out 执行率中的效果评价

肖建明, 戴晓娟

南京医科大学附属南京儿童医院手术室, 江苏 南京 210008

摘要: **目的** 观察术前暂停(Time-out)手术巾在提高术前 Time-out 执行率中的应用及效果。**方法** 采用回顾性研究方法,选取 2015 年 3 月至 8 月手术室所有手术病人 12 598 例,准确登记每例病人 Time-out 执行情况。Time-out 手术巾于 2015 年 6 月起开始使用,将使用前 2015 年 3 月至 5 月手术室合计手术病人 6 378 例作为对照组;将 2015 年 6 月至 8 月手术室合计手术病人 6 211 例作为试验组。对照组在常规手术巾铺完后,由外科医生主持,麻醉医生和巡回护士共同执行 Time-out,执行完毕,洗手护士传递手术刀,手术开始。试验组将 Time-out 手术巾打包在常规腹包中消毒,消毒皮肤铺单完毕,在手术部位覆盖 Time-out 手术巾;此刻由主刀医生主持,巡回护士及麻醉医生三方核查,执行 Time-out;核对无误后,方可取走 Time-out 手术巾,开始手术。由巡回护士术后记录 Time-out 的执行率,并记录未执行 Time-out 的原因。**结果** 使用 Time-out 手术巾前,对照组手术室 Time-out 执行率为 87.3%;使用 Time-out 手术巾后,试验组手术室 Time-out 执行率上升为 99.8%;试验组明显高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 使用 Time-out 手术巾,可有效提高术前 Time-out 的执行率,是一种有效的术前安全核查干预方法。

关键词: 术前暂停 (Time-out); 手术巾; 执行率; 手术室; 安全核查

中图分类号: R 472.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)10-1426-03

手术室作为手术治疗和抢救患者的重要场所,工作繁重、节奏快、应急情况多,正确识别、评估、防范、保证患者的安全是需不断探讨的课题,医疗护理安全已成为医院发展的重中之重^[1]。术前暂停(Time-out)核查是手术安全核查的重要程序,指在切皮之前,手术医生麻醉医生和巡回护士暂停一切作业对患者执行安全核查^[2]。本研究通过使用 Time-out 手术巾的方法,观察其对 Time-out 执行率的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用回顾性研究方法,选取 2015 年 3 月至 8 月手术室所有手术病人 12 598 例,准确登记每例病人 Time-out 执行情况。Time-out 手术巾于 2015 年 6 月起开始使用,将使用前 2015 年 3 月至 5 月手术室合计手术病人 6 378 例作为对照组;将 2015 年 6 月至 8 月手术室合计手术病人 6 211 例作为试验组。

1.2 方法 (1)对照组:待手术医生消毒皮肤完毕,洗手护士与手术医生共同按手术要求铺单完毕。手术医生示意并宣布“Time-out 开始”,手术医生,麻醉医生、巡回护士全部停下手中工作。辅助护士手持病

历,翻至“手术知情同意书”页面,站位于手术医生右侧。医生读出病人姓名、住院号、手术名称及手术体位。巡回护士、麻醉医生同时核对病人身份、手术名称、手术部位、手术体位、器械、植入物。三方分别清晰大声的说出“核对正确”,主刀医生宣布“Time-out 结束,手术开始”,洗手护士将手术刀传给手术医生,巡回护士立即将“Time-out”过程记录于手术护理记录单中。(2)试验组:由供应室首先将 Time-out 手术巾打包在腹包内,然后高温蒸汽灭菌。该手术巾是一块蓝色印有红色 Time-out 字样的全棉布块,长 55 cm,宽 35 cm(图 1)。常规铺单完毕后,由洗手护士将该手术巾铺在手术野部位。同对照组执行 Time-out 程序,确认无误后,洗手护士取走 Time-out 手术巾,妥善保存,以备再次消毒灭菌。洗手护士传递手术刀切皮,手术开始。



图 1 Time-out 手术巾

1.3 记录方法 每台手术配备 Time-out 执行率登记本,记录内容有:病人姓名、床号、住院号、手术日期、手术名称及 Time-out 执行情况。此登记本由巡回护士详细记录并保管,最后核对签名确认。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析。计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Time-out 未执行率的原因分析 (1)对照组未执行的原因:包括以三方均遗忘这一程序为主;其次铺单后,腕带位置被无菌单覆盖,无法核对;以及手术主刀医生不能有效配合。(2)试验组:在实施 Time-out 手术巾初期,出现几例手术包漏包 Time-out 手术巾和铺完洞巾后未铺 Time-out 手术巾。见表 1。

2.2 两组 Time-out 的执行率比较 与对照组相比,试验组 Time-out 的执行率明显升高,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 Time-out 未执行的原因

对照组		试验组	
未执行原因	例数	未执行原因	例数
三方均遗忘	712	手术包漏包 Time-out 手术巾	6
腕带位置,无法核对	8	漏铺 Time-out 手术巾	7
术者不配合,未核对	90		

表 2 两组手术 Time-out 执行率的比较

组别	总手术例数	执行 Time-out 手术[例(%)]
对照组	6378	5568(87.3)
试验组	6211	6198(99.8) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

手术室的查对是一项多部门、多人员、多环节的复杂过程,只有相互协作,才能完成不同时期的核对,杜绝差错事故的发生^[3]。WHO 倡导使用手术安全核查以减少医疗差错的发生,确保病人安全和手术安全^[4]。Time-out 的执行,可使手术参与人员在手术一开始就对手术面临的风险和各自的工作中心做到心中有数。Time-out 要求手术医生、麻醉医生和巡回护士都放下手头事情,同时执行核对^[5]。此过程要求执行者有较高的工作责任心和良好的工作态度,一旦有一方出现问题,都不能进行。

Time-out 是手术核对制度中的创新点,在实施的过程中也遇到了层层阻力。三方核查工作,存在重复性、繁琐性,所以可能存在侥幸心理,马虎对待核查工作^[6]。首先三方执行者大多流于形式,机械执行,没

有真正意义上的交流^[7]。执行者核对意识淡漠,加上这一新制度的实施,缺乏工作人员的强化培训,自觉性尚未形成,该程序经常被遗忘,大部分情况需要巡回护士提醒而实施^[8]。此外,腕带位置不当,铺单后腕带被无菌单覆盖,麻醉师无法查对腕带,也导致了执行率的较低。以上几方面原因导致,Time-out 执行率一直未能显著提高。

Time-out 手术巾的使用,对三方在切皮前都起到了提醒作用。只有正确执行 Time-out 之后,才能取走此手术巾,进行手术。避免了以往依靠巡回护士或手术医生提醒方才执行的不足。此方法不仅提高了该程序的执行率,且在执行过程中,不断规范了 Time-out 的执行内容。Time-out 手术巾使用过程中,三方均遗忘核对未再发生。试验组实施前经与外科病房护士长沟通,根据手术部位合理选择腕带的佩戴位置,腕带被遮盖的情况也未再发生。实施初期供应室在打包时,部分漏包此手术巾,也导致了几例 Time-out 未执行。经讨论,洗手护士上台后发现漏包,提醒巡回护士使用单独消毒包装的 Time-out 手术巾,保证手术开始前台上 Time-out 手术巾的铺置。此外,铺完洞巾后未铺 Time-out 手术巾,导致 7 例未执行。经与供应室协商,在打包过程中将 Time-out 手术巾直接包夹在最后要铺的洞巾的孔上,铺最后一层洞巾后,Time-out 手术巾直接覆盖于手术野。改进后减少了洗手护士铺 Time-out 手术巾这一动作,也避免了漏铺现象的发生。通过 3 个月的不断改进,Time-out 执行率逐月增高。主刀医生、麻醉医生及巡回护士已形成一种惯性动作进行核对。同时,核对三方也感受到此程序的重要性和好处。在核对的基础上,三方不仅在精神上高度集中,迅速进入手术的紧张气氛中,还起到了相互提醒术中特殊注意事项的作用。

美国医疗机构评审联合委员会(JCAHO)认为,所有的错误手术都是可以且必须预防的^[9]。总之,执行 Time-out 核对制度,提高手术安全防范意识,加强手术团队间的有效沟通,是加强手术安全管理,防止手术差错的发生,确保手术成功的有效方法^[10]。Time-out 手术巾的使用大大提高了 Time-out 执行率,降低了错误手术的发生率。此手术巾成本低廉,制作方便,使用简单,具有较大的临床意义。

参考文献

- [1] 张文凤,魏蓝,肖石. Time-Out 核对制度在手术安全管理中的应用体会[J]. 医学信息,2014,27(4下):455.
- [2] 吕英,唐晓燕. "Time-out" 程序在手术室工作中的应用[J]. 护理实践与研究,2014,11(3):73.

的护理。本研究基于需要理论的层级护理从患者的心理、生理及日常沟通等多方面对试验组患者进行了干预,通过调整护理范围及人员护理水平从而减少盲目护理等现象^[13-14]。层级护理是患者和医护人员之间心灵沟通的桥梁,通过医护人员对患者的病情及生理相关教育减轻患者的紧张情绪^[15]。为判断层级护理效果,本研究采用 QOL-C30 评估方法^[16-17]对护理前后老年肺癌患者的症状等级占比、患者的机体功能及症状变化进行综合分析,结果证实,实施层级护理可有效改善患者的生活质量,减少患者的消极心理。经过 30 d 的护理干预,经满意度调查显示,层级护理提高了患者的治疗信心,与传统护理相比试验组患者对护理满意度较高,因此对肺癌治疗过程中的配合度提高,从而减轻了治疗护理的难度,提高了疗效。

综上所述,在老年肺癌患者的治疗护理中,基于需要理论的层级护理不仅可改变传统护理方式的盲目性,也可提高患者与护理人员的配合力度,减轻患者的焦虑和压力,改善患者的生存质量。

参考文献

[1] 田宝文,王静,张国艳,等. 基于需要理论的层级护理模式在肿瘤临终病人中的应用[J]. 护理研究,2015,29(12):4540.

[2] 余春芳. 护理层级管理在提高临床护理服务质量中的作用[J]. 中国现代医生,2015,53(2):144-145,154.

[3] 陈月莹,杨菲,王娇妹. 心理护理及健康教育对老年肺癌患者生存质量及情绪的影响[J]. 检验医学与临床,2014,11(16):2322-2324.

[4] 杨玉梅. 层级护理对肺癌患者 PICC 置管相关血流感染的影响[J]. 中国临床护理,2015,7(4):289-291.

[5] 郭敬,曹静. 肺癌病人生活质量研究进展[J]. 护理研究,2012,21(31):2842-2844.

[6] 黄建萍,毛伯根. 临终患者病情评估表用于晚期恶性肿瘤患者生存时间预测的评价[J]. 护理学杂志,2014,29(17):6-8.

[7] 徐琪,郑茂银,赵艾君,等. 心理护理及健康教育对老年肺癌患者生存质量及情绪的影响[J]. 中国全科医学,2011,14(32):3725-3726.

[8] 朱芹,杨默. 心理护理对肺癌病人化疗期间生活质量的影响[J]. 全科护理,2010,8(31):2853-2854.

[9] 勒海荣. 老年肺癌患者术后肺部并发症原因分析及围术期的护理干预[J]. 实用临床医药杂志,2011,15(10):1-2,5.

[10] 王宁,陈杰. 心脏外科分层级护理模式对患者生存质量和积极性的影响[J]. 华南国防医学杂志,2014,28(3):291-292,301.

[11] 刘燕飞. 肺癌化疗患者应对方式与生活质量相关性的纵向研究[D]. 上海:复旦大学,2008.

[12] 王丹丹. 肺癌患者化疗期间的症状群与生活质量研究[D]. 西安:第四军医大学,2013.

[13] Xue D, Han S, Jiang S, et al. Comprehensive geriatric assessment and traditional Chinese medicine intervention benefit symptom control in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer[J]. Med Oncol,2015,32(4):114.

[14] Nayar P, Qiu F, Watanabe-Galloway S, et al. Disparities in end of life care for elderly lung cancer patients[J]. J Community Health,2014,39(5):1012-1019.

[15] 年素娟. 肺癌患者首次化疗前后生存质量的调查分析[D]. 杭州:浙江大学,2012.

[16] 张慧明. 肺康复训练对肺癌术后化疗患者生活质量的影响[D]. 天津:天津医科大学,2014.

[17] 金辉. 中晚期肺癌患者生活质量影响因素的研究[D]. 石家庄:河北医科大学,2013.

收稿日期:2016-05-19 修回日期:2016-05-29 编辑:王国品

(上接第 1427 页)

[3] 陈肖敏,周敏燕,童彬. 多部门合作的手术核对制度在我院的实施[J]. 中华护理杂志,2008,43(4):337-338.

[4] 中国医院协会. 中国医院协会要求会员医院实施《手术安全核查表与手术风险评估表》[J]. 中国卫生质量管理,2009,16(2):48.

[5] 宋兰岭,杨美玲. 制作核查标识提高手术患者 Time-out 核查执行率[J]. 护理学杂志,2015,30(10):51-52.

[6] 钟美华. 手术安全三方核查中预见性问题与防范对策[J]. 护理实践与研究,2013,10(12):140-141.

[7] 李跃荣,赵庆华,易凤琼,等. 手术病人安全及手术室安全策略研究[J]. 护理研究,2014,28(10):3591-3593.

[8] 杜育芳,耿泰山,刘芬. 手术安全核查表临床应用研究进展[J]. 护理研究,2014,28(12C):4496-4497.

[9] Forstneger M. JCAHO officials provide guidance on new patient safety goals[J]. Biomed Instrum Technol,2005,39(1):39-40.

[10] 凌晓红,殷晓红,鲍红光,等. 护士应用《手术病人安全核对表》的实践及体会[J]. 中国卫生质量管理,2010,17(2):10-12.

收稿日期:2016-06-01 修回日期:2016-06-30 编辑:王国品