

2 医院检验科对外送标本分析后的质量控制

检验科不仅为患者和医生提供准确的检验结果,还要提供检验咨询,并且能和临床科室能很好的沟通。

2.1 检验科报告的打印和对结果的再审核 检验结果报告的方式有接收标本人员上门发送和网络传输打印。后者应用较多且报告时间快速及时,当天送出的标本,第二天 85% 的检验结果就可以从网上打印。对报告检验科人员还要进行再审核,审核的主要内容包括:患者的信息、申请检查的项目、报告单的结果。

2.2 咨询服务与临床沟通 检验人员能为医生和患者提供全方位的检验医学咨询服务,可以发挥检验医学在疾病诊治中的作用。这也要求检验人员熟悉本科室外送检验项目的临床意义,同时还要有些临床知识。对结果的解释要到位,可对患者进一步检查提供参考意见。如抗核抗体阳性不代表患者一定患有自身免疫性疾病,健康人群中也会有一定比例自身抗体阳性,此外感染、肿瘤等也会引起自身抗体出现;病毒性感染检查阴性时,就不能说一定没事,病毒性感染存在“窗口期”,最好过一阶段再来复查^[5]。由于独立实验室只能接触患者的标本,对一些检查异常的检验结果,要通过检验科与临床医生和患者沟通,检验科起到桥梁的作用。检验结果与临床诊断相差较大,或者患者对此提出疑问时一定要重新检查,并与临床联系,对疑难病例提倡科室间会诊^[6]。平时检验科应主动与临床沟通,让临床医生了解新技术、新进展,以便合理选择项目应用。通过讲座、印发检验项目手册,还可以请独立实验室专业人员对检验项目经行培训等。同时也要提醒医生并不是所有的检验项目都可以外送,如微生物培养,标本需要立即送实验室;甲状旁腺素(PTH)在采血后立即保存于 2~8 ℃,并在 20 min 内检测等就不能外送^[7]。

检验标本外送对患者,特别是经常需要复检的患者带来了很大便利,加上基层医院有上级专家定期坐诊,检验报告能为临床医生和专家提供诊断信息,使一些疑难疾病在基层医院就能得到及时诊断和治疗,这不仅解决了患者看病难的问题,也

减轻了患者的经济负担^[8]。质量保证工作并非检验人员完全可以控制的,需纳入医疗机构质量保证体系中,得到各职能科室的重视、配合和协调,满足患者和临床医护部门的要求是临床检验室建立质量管理体系的核心^[9]。检验标本在长途运输中的温度、运送时间、颠簸等问题是否会影响检验结果准确性;一些由于标本保存时间较短不能外送问题,这些是外送标本中的不足和思考的问题。

参考文献

- [1] 武建国. 卵巢癌的生物标志物[J]. 临床检验杂志, 2012, 30(2): 84-88.
- [2] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京: 东南大学出版社, 2006: 42.
- [3] 王兰兰, 许化溪. 临床免疫学检验[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 334-335.
- [4] Backteman K, Ernerudh J. Biological and methodological variation of lymphocyte subsets in blood of human adults [J]. J Immunol Methods, 2007, 322(1): 20-27.
- [5] 卢一平. 前列腺特异性抗原在前列腺癌中的应用[J]. 中华检验医学杂志, 2011, 34(6): 572-575.
- [6] 黄培. 精细化视觉下的医院医技科室的管理[J]. 现代医学, 2012, 40(3): 313-315.
- [7] 张宇, 熊中云, 邓智勇, 等. 送检时间及运送条件对电化学发光免疫法检测人血浆甲状旁腺素的影响[J]. 临床检验杂志, 2009, 27(4): 306.
- [8] 朱延清. 对检验标本外送的认知[J]. 实用医技杂志, 2010, 17(1): 75.
- [9] 王成河. 加强与临床医护沟通做好临床检验全面质量管理[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(3): 365-366.

(收稿日期: 2012-12-09 修回日期: 2013-04-16)

提升医院感染管理能力措施探讨

张友积¹, 陈春燕^{2△}, 侯章梅², 吴惠萍³ (重庆黔江中心医院: 1. 供应室; 2. 控感办; 3. 护理部 409000)

【关键词】 医院评审; 医院感染管理; 医疗安全

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 16. 084 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2013)16-2200-03

2011 年卫生部公布了新的《三级综合医院评审标准(2011 年版)》, 其主题本着“质量、安全、服务、管理、绩效”原则, 基于现有资源条件, 按照评审标准要求, 实现最佳的结果^[1-2]。医院感染管理作为一个独立的专业组成, 以医疗品质和医疗服务成效为评审重点纳入医院评审。此次新版等级医院评审对医院感染管理提出了全面的、系统的要求, 同时也为医院感染管理工作带来新的理念和发展契机。通过对医院感染管理工作的评价, 提高对医院感染管理工作的重视, 加强对医院感染预防和控制执行力及监管力度, 注重内涵建设, 使呼吸机相关性肺炎感染发生率及剖宫产手术部位感染 (SSI) 发生率降低, 确保了医疗质量和医疗安全^[3-4]。现将经验体会总结如下。

1 采用质量管理模式循环(PDCA)模式开展感染管理和监测 组织学习三级综合医院评审相关文件并结合本院实际, 制

定 20 项预防医院感染标准操作规范; 对照医院评审要求, 制定各科室院感质量考核标准, 按照医院感染管理奖惩规定, 加大考核力度。利用国际标准化组织的科学管理体系强化环节^[5]、过程控制, 做到周有安排、月有计划、季有重点, 进行平时督查、每月定期考核、环节跟踪、季度效果反馈, 并按时上报达标月报。将本月完成的主要条款、未完成及下步的改进措施拟定出来, 针对性进行督查落实, 通过对规章制度、感染控制系统追踪提高执行力, 对三管相关性感染进行评估与分析, 以解释造成感染的根本原因, 为制订预防和干预措施提供依据。整个感染控制工作中, 包括计划、实施、分析和干预多个步骤, 见表 1。

2 注重院感知识和理念更新培训, 提高医院感染预防与控制的综合能力

采取请进来、派出去的方法, 加强医院感染管理队伍建设,

对感染管理专职人员进行专业培训,使他们尽快掌握医院感染相关知识、最新动态和必要的监测技术,提高专业人员的工作能力和自身素质。同时针对医院院感管理现状,采取多媒体幻灯、现场示范及院感病例讨论、专家指导、信息反馈以及寓教于乐等多种方式进行全员院感知识培训,夯实医务人员在实际工作中需要掌握的医院感染防控要领,建立好的感控理念,锻炼实际工作能力,较好地掌握感控工作实际操作技能。采取分析不足、明确指出该如何做的互动办法,在重症监护病房利用实际工作中洗手效果、留置尿管监测等实实在在的培养图片及患者床头抬高依从性差做培训,让他们感受深刻,知道感控工作为什么要做,如何做。建立呼吸机相关性肺炎预防核查项目(置管前、中、后)^[6-7],通过核查表监督和考核干预措施的执行,提高执行力。呼吸机相关性肺炎核心措施落实从细节做起:利用自制床头测量仪挂床头监控床头是否抬高 30°~45°(图 1)、用氯己定每 2~6 小时进行一次口腔护理、每日评估、尽早肠内营养,减少抑酸剂的使用等,通过以上“一揽子”策略,使 2010~2012 年呼吸机相关性肺炎感染发生呈下降趋势,见图 2。

表 1 医院感染控制主要步骤和内容

步骤	内容
计划	根据实际情况,确定具体目标、范围、方法及标准
实施	进行相关调查,收集相关数据,并进行数据整理,持续开展目标性监测
分析与反馈	进行数据分析,将信息以书面、口头等方式反馈
干预与监督	根据监测结果制订具有针对性的预防和干预措施,监督预防和干预措施的实施情况

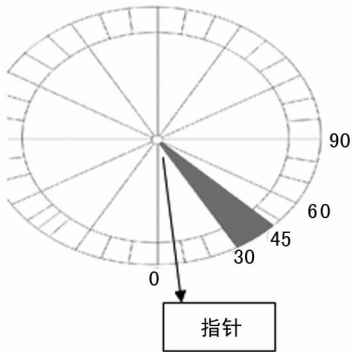


图 1 床头测量仪

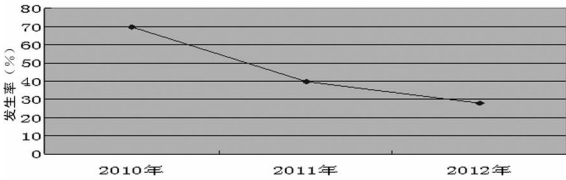


图 2 2010~2012 年呼吸机相关性肺炎感染发生率 (%)

3 积极营造感控文化氛围,增强院感意识

统一制作新颖的标识系统,规范医疗废物、隔离标识及分区标识,将手卫生、标准预防、操作流程要领及关键制度提炼成温馨提示短句及生动图片贴于重点控制部位,如:“你洗手了吗”、“你做监测吗”等;将六步洗手法、外科手消毒、各种内窥镜清洗消毒以及重症监护室等重点部门的感染预防流程图贴墙上,要求重症监护病房、冠心病监护病房、血透室、新生儿室、抢救室的每床以及治疗护理车、换药车、诊室及病区走廊、电梯处

公共区域必须配置免洗手消毒液,督查医务人员洗手、卫生手消毒、外科手消毒、手卫生指征标准操作流程的落实;严格执行手卫生考核制度、要求手术室、新生儿室等重点科室,医务人员手卫生正确率达 100%。对随机抽查的 516 名操作前后未洗手的医务人员进行了处罚,妥善运用宣教工具加强医务人员对手卫生的理解,执行运用鱼骨图、SWOT 分析及开展手卫生运动品管圈活动,提高手卫生依从性增强医务人员手卫生意识,根据各科室的工作量制定不同的手消毒液消耗量,如:重症监护室手消毒液消耗量 30 mL/d·b,同时将手消毒每日每床消耗量纳入考核,手消毒液每日每床消耗量增加。推行院感标准化管理,选定一个科室作为模板,规范了拖把的摆放、识别、医疗废物及库房管理等,统一用整理箱放置一次性医疗用物,并在全院临床科室推广使用,改变储置间以往藏污纳垢的错误观念,进一步规范本医院感标准化管理。

4 加强 SSI 的质量控制

院感控制首先立足于患者安全的重要环节。一是加强消毒供应产品质量管理,清洁是一切院感控制的基础^[8-9]。每月不定时到供应室进行随机抽查 2~4 次,共抽查科室各类清洁包 4 584 个,对于不合格清洁包下达不合格项通知书,责令整改加强追踪验证。通过持续不断的整改,各科各类清洁器械包合格率从原来的 86.4% 上升到 100%,保证了消毒供应产品质量。二是加强围术期抗菌药物预防应用的管理,每月坚持采取不定时的办法,进入手术室随机抽查 100 台运行手术抗菌药物使用情况,纳入考核,并及时与医生就抗菌药物预防用药时机、药物种类不规范进行沟通,从而规范围术期抗菌药物的预防使用。三是加强与感染风险有关的操作规程和流程的过程控制,严格执行消毒隔离和无菌技术,认真落实各环节的监测、控制^[6]。在本院手术科室开展 SSI 与手术操作有关的危险因素问卷调查,针对危险因素高的问题如手术前患者手术区皮肤准备不充分(基层医院患者卫生差)、手术过程中无菌单易被盐水或血液浸透、未用纱布垫保护切口边缘皮肤等作了改进,且督促正确预防性使用抗菌药物、正确备皮、术中保温、血糖的控制等核心措施的落实,使 2010~2012 年剖宫产 SSI 发生率降低(见图 3)

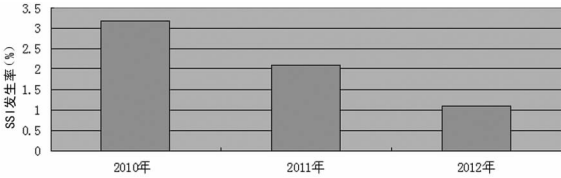


图 3 2010~2012 年剖宫产 SSI 发生率 (%)

5 加强多重耐药菌株监测,联合搞好抗菌药物管理

建立细菌多重耐药监测及预警机制,将本院各重点部门前 5 位医院感染病原微生物及耐药率每季度进行反馈。建立多重耐药菌危急值报告制度,化验单作耐药菌标识,使临床科室在第一时间获得信息,下隔离医嘱,并及时采取有效控制措施,应用院感信息资源指导合理使用抗菌药物,从而避免医院感染的暴发。

6 积极开展科研项目,提高院感管理水平

为提高医院感染管理整体水平,医院感染管理者不仅要有高度的责任感和主动管理的意识,而且要引导全院积极开展院感科研项目和撰写院感科研论文,充分展示院感工作的内涵和重要性。自 2010 年来,本院控感办与信息科、护理部自主研发课题“供应室质控可溯系统的软件研究应用”,率先实现了清

洗、消毒、灭菌流程的过程控制和质量追溯性管理,并获区政府科学技术进步 3 等奖,近 3 年在省市级以上学术刊物上发表院感论文 7 篇以上。

接受医院评审不仅是对医院进行的一次认真、细致的全面大检查,也是利用外力推动医院质量改进的有效方法,给医院感染管理工作一个充分展示的平台,更是学习、提高的机会。只有不断掌握院感新知识、新理念,注意细节管理,持续不断改进院感工作质量,把感染控制计划与全院的质量改进和患者安全计划相结合,才能使医院感染管理与医疗质量稳步提高。

参考文献

- [1] 刘丁,程晓斌.以等级医院评审为契机 提高医院感染防控水平[J].重庆医学,2011,40(36):3641-3642.
- [2] 袁玉华,同俏静,赵凯,等. JCI 医院评审中医院感染的预防与控制标准的执行与体会[J].中华护理杂志,2008,43(2):175-177.
- [3] 秦小平.感染管理科迎接医院评审的准备[J].中华感染

学杂志,2005,15(8):917-918.

- [4] 丁美基,殷月瑛.创建等级医院推动医院感染管理工作[J].齐齐哈尔医学院学报,2009,30(17):2163-2164.
- [5] 赵紫榆,周小金,汤月萍.以等级医院评审为契机 推动医院建设发展[J].江苏卫生事业管理,2010,21(3):24-25.
- [6] 朱国忠.强化医院感染管理 提升医院感染管理水平[J].中国伤残医学,2010,18(2):138.
- [7] 罗晓黎,陈遂,毛江红,等.空气动态消毒与医院感染[J].中华医院感染学杂志,2003,13(6):557.
- [8] 吕宝成.院内感染实验方法指南[M].北京:人民卫生出版社,1992:172-180.
- [9] 刘振声,金大鹏,陈增辉.医院感染管理学[M].北京:军事医学科学出版社,2000:421.
- [10] 任南,冯丽.实用医院感染监测方法学[M].长沙:湖南科技出版社,2012:143-149.

(收稿日期:2013-01-13 修回日期:2013-03-18)

血液成分制备关键控制点的确立和控制

张 翔,苏武锦,农 媛(广西壮族自治区南宁中心血站 530003)

【关键词】 成分制备; 关键控制点; 血液质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.085 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)16-2202-02

新的《血站技术操作规程》、《全血及成分血质量要求》相继颁布实施,对我国血液质量安全进一步提升起到了重要作用,也对血液质量提出了新的标准要求。血液成分制备是确保血液有效和安全的关键环节^[1]。成分制备的质量直接影响到血液质量,临床输注的有效性和安全性,因此对成分制备关键控制点的确立和控制显得尤为重要^[2]。作者归纳血液成分制备过程中的关键控制点并探讨如何进行管理。

1 血液接收

需进行成分制备的起始血液,都应符合《全血及成分血质量要求》的要求。接收起始血液时,应核对数量、品种、规格,检查外观、标签是否符合质量要求。在接收站外采集的血液时还应察看血液运输包装是否符合冷链要求,检查核对无误后接收血液并在血液交接记录上签名确认^[3]。

2 滤除白细胞

2.1 滤白时间 按滤器厂家说明书进行操作,2~6℃温度条件下冷藏 2~6 h 后当天进行白细胞过滤。如果冷藏时间过长,影响过滤流速,甚至堵塞滤器;冷藏时间不到 2 h,影响白细胞去除率^[4]。

2.2 开启关闭旁路导管 过滤前,应关闭旁路止流夹;过滤结束打开旁路导管止流夹进行排气操作时,避免血液不经过白细胞滤器而从旁路导管流入过滤后血袋,造成过滤失败。

3 血液导管热合

在进行导管热合过程中,不应用力牵拉或扭转导管,并检查每个热合口是否平整,有无渗漏,如有渗漏,应正确处理,避免血液无细菌污染的风险。在热合距离血袋最远端的导管时,增加热合 1 段注满液体的 2~3 cm 导管,这种热合方法可减少血液在高速离心时导管渗漏导致的血液报废机率^[5]。

4 离 心

4.1 血袋装罐 离心装杯时血袋应平整,尽量接触杯底;避免

血袋表面在大离心力作用下出现“鼓包现象”和形成“死腔”。血袋导管应梳理整齐,突出部分装入杯中,避免导管触及转头或离心腔盖,造成导管破损。

4.2 配平 配平物应使用柔软的废血袋制成的塑料薄片,配平后血液质量误差控制在 10 g 内。

4.3 离心机使用 离心机使用前应经过充分预冷,达到规定的离心温度时方可使用。确认选择了正确的离心程序。各种成分的离心条件应经过确认,正确使用离心机。离心机运转后应保存安全距离,避免意外伤害。

5 成分分离

5.1 目视检查 血液从离心杯取出时应避免振动,并观察离心效果;检查离心后的血袋是否有破损、渗漏,标识是否完整,有无脱落,各联袋间标识的一致性。

5.2 不合格血液标识与隔离 对溶血、重度乳糜血、色泽异常、不足量、破损或有渗漏的血袋等不合格血液进行特殊标识,并隔离存放于指定位置。

5.3 超过规定时间采集血液的正确处置 对采血超时并特殊标识的血液,应按规定不制备相应成分,如 400 mL 全血采集时间超过 10 min 的,所采集的全血不制备血小板;200 mL 全血采集时间超过 7 min,或 400 mL 全血采集时间超过 13 min 的,所采集的全血不制备新鲜冰冻血浆。

6 血浆速冻

血袋应摆放平整,不同容量规格的血浆分别速冻,使冷压板与血袋充分接触,使血浆或冷沉淀凝血因子能快速冻结^[6]。为了确保速冻效果,血袋也不应重叠堆放。取放冻结的血浆时应小心轻放,避免滑落破损。

7 非一体血袋使用

7.1 检查标识 使用非一体血袋制备时,在原袋和转移袋分离之前,应当检查每个血袋上的献血条形码是否一致,核对无