

教学·管理 DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.15.047

分析病原微生物标本不合格原因及管理对策

代容, 周林[△]

重庆市荣昌区人民医院院感科, 重庆 402460

摘要:目的 分析病原微生物标本不合格原因, 提出管理策略, 提高检验质量。方法 通过现场调查及统计不合格标本原因, 了解病原微生物标本采集与运送过程中存在的问题。然后通过流程再造, 建立标准操作规程, 提高标本采集与运送等环节质量, 评价该标准操作规程对病原微生物标本分析前质量和检验质量的影响, 以及该标准操作规程的长效监督机制。结果 微生物检验标本不合格原因主要与取样、采集、容器、运送、标识等有关, 对检验质量影响较大。采用标准操作规程进行环节质量控制后, 提高了病原微生物标本的合格率。结论 病原微生物标本不合格因素众多, 实施标准操作规程后, 改善了标本合格情况, 使检验结果更加准确、可靠。

关键词:标准操作规程; 病原学检查; 不合格原因; 管理对策

中图分类号:R446.5

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2020)15-2257-03

由病原微生物引起的感染性疾病尤其是多种传染病仍然是对人类健康威胁最大、最重要的一类疾病, 病原微生物检验对疾病的诊断和指导临床用药有着重要意义。准确的检验报告除了需要仪器和检验技术外, 送检标本的质量也是影响检验质量的重要因素之一^[1]。本文主要查找与分析病原微生物标本送检过程中存在的问题, 针对性提出管理策略并对其进行应用评价, 具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据荣昌区人民医院检验科微生物标本接收、拒收标准, 选取 2018 年 3—12 月在本院进行病原微生物检验的 26 318 例标本中不合格标本 1 354 例, 回顾分析不合格标本组成情况、不合格原因, 并给予针对性的质量控制措施。采用标准操作规程进行环节质量控制后, 统计分析 2019 年 3—12 月 24 898 例标本中的 1 120 例不合格标本。

1.2 流程再造与实施 根据存在的问题, 对现有临床病原微生物标本采集和运送流程进行改造。与临床、实验室沟通建立各种临床病原微生物标本采集和运送标准操作规程。标准操作规程具体内容包括: (1) 血培养标本采集与运送标准操作规程; (2) 痰培养标本采集与运送标准操作规程; (3) 手术切口标本采集与运送标准操作规程; (4) 尿培养标本采集与运送标准操作规程; (5) 粪便标本采集与运送标准操作规程; (6) 脑脊液标本采集与运送标准操作规程; (7) 脓液标本采集与运送标准操作规程。重点干预的科室有重症监护病房、骨科、呼吸内科、泌尿外科、神经内科、神经外科、消化内科、心血管内科。

1.3 环节质量控制 实施标准操作规程的同时, 建立有效监督机制, 由院感专职人员、护士长对各环节进行监督管理, 确保执行力和依从性。在实施过程中, 结合临床实践不断优化和改进标准操作规程, 确

保标准操作规程的科学性和实用性。

1.4 效果评价 实施标准操作规程 3—6 月后, 进行效果评价。评价主要包括实施标准操作规程前后病原微生物标本不合格原因分析、重点干预科室不合格标本分析。

1.5 统计学处理 收集资料, 采用 SPSS22.0 软件进行统计分析, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验比较标准操作规程实施前后的差异, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病原微生物检验不合格标本类型分析 2018 年 3—12 月本院 1 354 例不合格标本中, 对不合格标本类型进行分析, 痰液标本占 86.85% (1 176/1 354), 粪便标本占 6.20% (84/1 354), 尿液标本占 5.61% (76/1 354), 分泌物、咽拭子、腹水各占 0.37% (5/1 354), 血液标本占 0.22% (3/1 354)。

2.2 病原微生物检验不合格标本原因分析 病原微生物检验标本不合格的原因包括采集方法不当、标本容器错误、不合格痰标本、运送不及时、送检标本与条码不符等, 对检验质量影响较大。标准操作规程实施前后, 各类不合格标本统计见表 1。

2.3 优化标准操作规程前后病原微生物合格标本情况 2018 年 3—12 月于本院进行病原微生物检验的不合格标本 (1 354 例) 占该时期所有进行病原微生物检验标本 (26 318 例) 的 5.14%。标准操作规程优化后, 2019 年 3—12 月于本院进行微生物检验的不合格标本 (1 120 例) 占该时期所有病原微生物检验标本 (24 898 例) 的 4.49%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明标准操作规程提高了全部病原微生物送检标本的合格情况。其中痰里有食物、其他送检标本为尿液与条码不相符、送检标本为大便与条码不相符、标本损坏、送检标本与条码不符、其他等问题均有所下降。

[△] 通信作者, E-mail: 657864497@qq.com.

2.4 标准操作规程实施前后重点干预科室送检标本合格率 骨科、呼吸内科、神经内科、消化内科等科室送检标本合格率上升,重症监护病房、泌尿外科、神经外科、心血管内科等合格率有所下降。干预前后所有重点科室的送检标本合格率差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 标准操作规程改进前后标本不合格原因统计(n)

不合格原因	2018年	2019年	χ^2	P
	3—12月	3—12月		
标本容器错误	156	122	1.44	0.23
鳞状上皮细胞>10个/L	672	564	1.71	0.19
痰里有食物	224	142	11.11	<0.01
标本丢失	4	6	0.63	0.43
标本类型错误	76	166	43.54	<0.01
送检标本为尿液与条码不相符	56	24	66.70	<0.01
送检标本为大便与条码不相符	30	14	4.32	0.04
标本量不正确	10	16	2.07	0.15
标本损坏	24	10	4.45	0.04
其他送检标本与条码不符	18	2	11.26	<0.01
其他	84	54	3.85	0.05
合计	1 354	1 120	20.50	<0.01

表2 标准操作规程实施前后重点干预科室送检标本合格情况

科室	2018年3—12月			2019年3—12月		
	全部标本量	合格数量	合格率(%)	全部标本量	合格数量	合格率(%)
重症监护病房	2 960	2 950	99.66	4 318	4 300	99.58
骨科	960	942	98.13	956	950	99.37
呼吸内科	10 674	9 710	90.97	10 452	9 642	92.25
泌尿外科	1 596	1 584	99.25	1 378	1 364	98.98
神经内科	774	722	93.28	610	594	97.38
神经外科	1 002	986	98.40	564	548	97.16
消化内科	1 842	1 730	93.92	1 860	1 796	96.56
心血管内科	1 190	1 048	88.07	860	734	85.35

2.5 标准操作规程实施前后重点干预科室不合格标本数量统计 骨科、神经内科、消化内科的不合格标本量均有所下降。见表3。

表3 标准操作规程实施前后重点干预科室不合格标本数量统计

科室	2018年3—12月	2019年3—12月	χ^2	P
重症监护病房	10	18	1.89	0.17
骨科	18	6	6.05	0.01
呼吸内科	964	810	2.69	0.10
泌尿外科	12	14	0.42	0.51
神经内科	52	16	15.64	<0.01
神经外科	16	16	0.08	0.77
消化内科	112	64	8.73	<0.01
心血管内科	142	126	0.02	0.88

3 讨论

病原微生物检验对于临床诊疗的重要性的必要性不言而喻,尤其是目前对于病原微生物检验的需求不断增大,同时对检验结果的准确性、及时性、可靠性也提出了更大的挑战。病原微生物标本采集和运送流程不规范,各项操作规程执行力不高,以及缺乏规范化管理,导致微生物实验室分析前质量控制不佳,严重影响检验结果的准确性。因此,需要深入分析病原微生物检验标本不合格原因,规范流程,及时排除不合格因素,严格控制微生物检验质量^[2],以达到最佳检验结果,更好指导临床。临床医生、护士、检验人员、护工和受检者本人都应该连接标本采集各个环节,严格执行标准操作规程,确保检验质量。

3.1 存在的问题及分析

3.1.1 根据检验人员在临床工作中的微生物检验标本常见不合格原因统计记录^[3],以及标准操作规程实施后数据,痰里有食物、其他送检标本为尿液与条码不相符、送检标本为大便与条码不相符、标本损坏、送检标本与条码不符、其他等问题均有所下降。

3.1.2 在微生物检验中,操作人员要严格按照规章制度执行,保证检验步骤符合规定,对每个环节严格把控,密切监测^[4]。标准操作规程实施后,标本类型错误的标本数量有所上升,因此,对标本类型的质量控制还要进一步加强。

3.1.3 加强临床与检验之间的联系,严格按照标准操作规程在合理的时机进行标本采集,及时运送和检验。标本的正确采集是前提,因此,要强调正确采集标本的重要性,规范操作流程,加强技术人员培训和监督管理机制,以提高送检标本的合格率。由研究结果可知,实施标准操作规程后,病原微生物标本总体不合格情况有所改善。

3.2 管理对策 重视质量控制管理不仅能切实解决病原微生物检验现存的问题,更能保证检验准确性及检验质量^[5-6]。因为病原微生物检验标本从标本的采集至对标本进行检验的过程包括多个环节,每个环节都可能对标本的质量造成影响^[7]。本研究对病原微生物标本采集与运送流程进行优化,并探讨其可行性和依从性,评价其在提高临床检验质量中的作用,能够提高病原学检查准确性和可靠性。但是标准操作规程应该与时俱进,不断优化改善,并且要提供科学的管理方法。因此,要缩小病原学检查质量与临床需求的差距,保证检验结果符合临床需求,提高检验质量,更好地为临床治疗提供可靠依据。临床后续探讨中,应完善质量控制对策,扩大标本选取数量,增加研究的临床指导意义。

参考文献

[1] 廖晓林. 医院微生物检验标本不合格原因分析及质量控制对策探讨[J]. 现代预防医学, 2018, 45(20): 3785-3788.

- [2] 蒲燕,许天伟.分析微生物检验标本不合格原因及质量控制措施[J].健康必读,2019,27(3):193.
- [3] 黎从飞,周照华,杨永先.微生物检验标本不合格原因分析及质量控制对策[J].医疗装备,2016,29(16):162-163.
- [4] 马玥,邢晓丹.影响微生物检验结果因素分析及质量控制[J].健康必读,2019,27(7):271.
- [5] 吴晓英,宋敏,郭满书,等.临床病原学送检现况调查及管理对策[J].中华医院感染学杂志,2012,22(20):4586-

4588.

- [6] 徐芳莹.临床微生物检验中质量控制存在的问题与对策[J].中国医药指南,2019,17(34):142-143.
- [7] 韩淑娥,孟芝君.临床微生物实验室培养标本不合格的原因分析及解决对策[J].山西医药杂志,2013,57(23):1433-1434.

(收稿日期:2019-12-29 修回日期:2020-03-11)

教学·管理 DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.15.048

整合型医院医疗安全(不良)事件管理体系的构建与应用

李丽,谢婧,季林,代杨

重庆市九龙坡区人民医院质管办,重庆 400050

摘要:本文主要探讨公立医院改革背景下整合型医院医疗安全(不良)事件管理体系的构建及应用。医院采用“3+4”模式,通过建立管理组织架构、管理制度、内部报告系统,按照计划、实施、总结、提高4个阶段,构建整合型医院医疗安全(不良)事件管理体系并应用,从而解决院区分散,无统一管理的问题,为整合型医院医疗安全(不良)事件的科学管理探索一条标准化路径。

关键词:医疗安全;不良事件;患者安全;整合型医院

中图分类号:R197.324

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2020)15-2259-03

改善和确保患者安全是全球卫生体系所面临的日益严峻的挑战^[1]。美国每年医疗差错导致患者死亡4.4万至9.8万人^[2]。我国每年用于抗菌药物不良反应的处理费用为29.1亿至139.3亿元^[3]。美国医疗机构评鉴联合会每年会公布下年度患者安全目标,且每年会针对前一年所列的目标及建议评价医院整体遵循程度。国内将医疗安全(不良)事件管理设定为《三级综合医院评审标准实施细则》中的核心条款,未达标将一票否决。2018年国家卫生健康委员会出台了《关于进一步加强患者安全管理工作的通知》《医疗纠纷预防与处理条例》等相应文件。标准化管理是理顺诊疗流程、规范诊疗服务、提高医疗质量与效率的保障^[4]。标准化意味着做相似的事情要遵守相同的规则,具有一致性^[5-7]。中国医院协会发布《中国医院质量安全管理》团体标准,对本院医疗安全(不良)事件的规范化管理具有一定的指导意义。本文主要探讨公立医院改革背景下整合型医院医疗安全(不良)事件管理体系的构建及应用。

1 医疗安全(不良)事件管理体系构建过程

1.1 计划阶段

1.1.1 构建背景 本院为4个医院整合而成的二级甲等综合医院,空间布局为“一院两区四点”,院区分散,存在各院区、部门对医疗安全(不良)事件管理理念不一致,对从错误中学习的重要性认识不统一,医院、部门、科室缺专职或兼职管理人员,管理方法和手段传统、单一,持续改进效果不明显等诸多问题,与医院的高质量发展战略不相适应,急需完善管理体系、运行机制、规章制度,构建标准的医疗安全(不良)事

件管理体系。

1.1.2 原因分析 (1)人:医务科、药剂科、设备科等部门无专职或兼职人员负责医疗安全(不良)事件管理;医务人员不愿意上报,也不懂如何上报,尤其是医生及后勤人员。(2)机:无医疗安全(不良)事件报告信息系统。(3)环:存在内部问题内部解决、家丑不外扬的传统观念;医务人员担心被处罚、挨批评、影响个人晋升。(4)法:无指定部门统一管理;无全院性的管理制度;部门间医疗安全(不良)事件分级、上报流程、上报表格、上报方式不一致;医疗安全(不良)事件上报后无核实、改进、追踪、反馈;相关部门对改进行动支持配合度不高。(5)测:无院内医疗安全(不良)事件数据库;手工统计数据不准确;医务人员上报件数少。

1.1.3 拟定计划 医院以创建三级甲等医院为契机,以改善和保障患者安全为目标,指定质管办牵头,各部门协作,从强化组织领导、完善管理制度、加大信息系统支撑、开展全员分层培训等方面,构建医疗安全(不良)事件管理体系,并绘制时间进度甘特图。

1.2 实施阶段

1.2.1 建立管理组织架构 医院成立以院长为组长、副院长为副组长、各部门科室负责人为组员的医疗领导小组,办公室设在质管办,负责医疗安全(不良)事件的日常管理,医务科、护理部、院感办、药剂科、总务科、设备科、信息科等部门负责监管,各临床医技科室负责执行,管理组织上形成决策、控制、执行3个层级。各部门设医疗安全(不良)事件管理专员,各临床医技科室设质控员,负责本部门、本科室医疗