手術室的安全管理

報告人：劉美娟

日期：93.06..12

1

病人安全照顧之定義

- 使病人免於意外傷害或不良結果。
- 幫助病人從照顧過程中採取避免、預防與改善措施。

2

護理人力與病人安全之相關性

- 針對10,184位護理人員與232,342名一般外科、骨科與血管外科病人進行橫段性研究
- 每一名護理人員每多增加照顧一位病人，則
 - ✓病人死亡率增加7%
 - ✓病人急救失敗率增加7%
 - ✓護理人員耗竭程度增加23%
 - ✓護理人員工作不滿意度增加15%

—Aiken LH et al. JAMA 2002

3

從護理層面探討

造成病人不安全之原因

- 人為的錯誤:故意省略、遺漏、知識不足、能力不足、精神不佳
- 技術的錯誤:標準或儀器不佳
- 合併症發生:可避免或不可避免
- 系統性的錯誤:流程、本位主義
- 溝通的錯誤:說、寫、讀
- 環境不佳:燈光、溫度、裝潢等

4

從護理管理層面看病人的安全照顧

人的因素

- 人員之配置:不足，不當
- 人員之素質:知識不足，能力不足
- 人員之態度:敬業精神不佳
- 人員之近況:精神、家庭、個人問題

5

從護理層面探討病人的安全照顧環境

- 標準不當
- 儀器不佳
- 未照標準執行
- 流程過於複雜
- 人員本位主義
- 工作環境氣氛不良

6

從護理管理層面看病人的安全照護

組織的因素

- 文化:以病人安全為主要考量
- 標準之設置:過高、過低、不當
- 系統性之問題:以病人為中心之流程、本位主義

病人的因素

- 疾病、年齡、個性、合併症

7

從護理管理層面看病人的安全照護

環境的因素

- 工作的時間:交接班、晚夜班、清晨
- 工作的環境:地面、燈光、溫度等
- 設備問題:儀器不良
- 工作環境氣氛不佳

8

- 根據衛生署醫事鑑定小組的統計分析：

1987年至2001每年接受醫事鑑定的委託件數從147件增加至406件，其中依告訴原因分析，24%為醫療不良、其次與手術相關佔15%、其次為誤診延醫11%與用藥不當9%。

9

建立病人安全照護目標 (JCAHO, 2004)

1. 改善病人辨識的準確性
2. 改善醫療人員有效的溝通
3. 提高高危險藥物之用藥安全
4. 杜絕發生“部位錯誤”、“病人錯誤”“流程錯誤”
5. 增進病人輸液幫浦的安全性
6. 改善有效的臨床警報系統
7. 減少臨床因健康照料所引起的感染風險

10

目標：

增進病患辨識之準確性

- 進行病患採血、輸血或給藥時應建立一套病人辨識作業標準，且至少包含兩種以上的方式辨識病患，如病患姓名、病患出生日期...等。
 - 進行手術或侵入性處置前，醫療人員應主動對病人身份作再確認後，方得繼續進行。
- (JCAHO, 2004)

11

增進手術病人辨識的準確性

- 最少用兩種辨識病人的方法：Schedule、病歷、手圈
- 執行手術前，必需最終確認病人正確性，採主動而非被動的溝通技巧。
- 主動溝通確認必須包括流動護士、麻醉人員與外科醫師

12

目標:

消除手術病患手術位置及術式的錯誤

- 醫院均應建立手術前，確認手術病人身分、手術部位及手術方式的標準作業程序。
 - 手術醫師應於手術前親自實施手術部位的標示作業。
 - 手術前標示手術部位的程序應該與病人共同進行。
- (JACHO, 2004)

13

杜絕發生部位錯誤

- 手術前確認程序，以查核表再次確認手術部位。
- 執行手術部位做記號，請病人一起確定手術部位。
- 無法溝通之患者如小孩，再次與家屬溝通。
- 每間手術室備有X-ray看片箱。

14

手術室常見的意外事件

- 化學或電燒傷
- 受壓引起的神經損傷
- 搬運或移動時跌落
- 異物存留體內
- 用藥或輸血錯誤

15

尖銳物、紗布、器械的計數

- 異物存留在病人體內也是手術中常見的意外事件。
- 美國1990年共發生此類訴訟案件95件，每個案例花費美金30,349元。

(Kneeder & Dodge, 1994)

16

尖銳物、紗布、器械的計數時機

- AORN的建議規範：
 1. 手術開始前
 2. 於無菌區追加時
 3. 在關閉深且大的傷口及體腔前
 4. 在關閉體腔後
 5. 換刷手或流動護士時
 6. 在手術完成前

17

紗布計數

- 1930年代：「4X4」棉紗預先折好，在市面上出售。
- 1940代初期：知道紗布應該要有X光檢查的指示劑
- 1964年：事先算好、消毒過，能夠用X光檢查出來的紗布包裝終於問世了。
- 1976年：AORN首先建立紗布清點的標準。

18

紗布計數

- 一、由刷手及流動護士逐一計數並讀出聲音，共同負責病人安全。
- 二、所有手術室使用之紗布必需留在無菌區或手術室，以免影響再次的計數。
- 三、手術中必須使用顯影紗布，且不可用其敷蓋傷口離開手術室。

19

尖銳物、紗布、器械的計數

各種計數應列入記錄，記錄內容包括：種類（紗布、器械、縫針）、數量，如計數結果不符合，知會主治醫師並會放射科後仍無發現時，於手術室護理記錄單上註明並請主治醫師簽名。

20

體溫過低

- 定義：指身體的核心溫度低於攝氏36度（華氏96.8度）
- 分類：故意性（Induced）
偶發性（Inadvertent）

21

體溫過低的影響

- 最常見的症狀為麻醉後的顫慄，並可能引起心臟血管與呼吸系統的併發症，造成病患不適，妨礙精細手術的修復。
- 顫慄使肌肉快速新陳代謝，增加約500%至700%的耗氧量，增加心肺負擔。

22

病患轉送

- AORN（Association of Operating Room Nurses）
建議轉運設備：
輪子應有煞車、適當高度的護欄、氧氣筒的固定裝置、點滴架、可拆卸之上下欄杆、穩定的床墊與易於清理的表面。

23

病患轉送注意事項

- 護理站病床之轉換
 - 1.如病患虛弱無力、骨折、行腰椎與B.P.H.手術、On呼吸器等病患不需更換手術室推車。
 - 2.如需換床時，將手術室推床床欄一邊拉起並靠牆邊，將床輪固定後才轉換床，請病房小姐站推床另一側、手術室小姐站在病患頭部位置協助病患換床。

24

病患轉送注意事項

• 由手術檯轉換至推車上

- 1.如病患躁動不安情形嚴重，待病患較穩定後再換床。（此時不應將約束帶鬆綁）
- 2.病患換床時請所有相關人員（含流動護士、麻醉人員與住院醫師或醫佐）到齊後再換床。
- 3.如病患因疾病或體型之故需多人幫忙時，請流動小姐主動找他人協助。
- 4.轉至推車時，請麻醉人員負責病患頭部的安全，住院醫師（或醫佐）與流動護士需負責病患身體的安全。

25

病患轉送注意事項

• 手術檯轉至推床上

- 5.如房間有第四位工作人員請流動護士負責病患腿部安全。
- 6.如房間只有三位工作人員，除麻醉人員站立於床的兩旁（一位在推車旁、一位在手術檯旁），協助病患轉床。
- 7.拉起另一側床欄時請密切觀察病患情形，如仍躁動不安可等病患較平穩後再拉起另一側床欄。

26

結論

- 做為一個手術室護士，對常見引起危害病人安全的事件，應該有適當的危機意識。
- 除了擁有基本知識外，更重要的事應俱備評估的能力，能防患於未然，所以敏銳的觀察力與操作執行能力是同樣重要的。
- 期望在努力推廣手術全期護理的同時，我們的手術中期護理，能做得近臻完美。

27

謝謝大家!

28