

· 护理管理 ·

护理分级及标识管理在 ICU 护理管理中的应用

熊小玲, 黄苑玲, 何绍敏, 戴庆芳

(广东药学院附属第一医院 ICU, 广东广州, 510080)

[摘要] 目的 探讨护理分级及标识管理在 ICU 护理管理中的效果。方法 根据入院时间次序,将在本科室住院治疗的 87 例病人设为对照组,在护理管理中采用传统方法进行床位分配;84 例病人设为干预组,采用 ICU 病人 ABCD 护理分级方法及标识管理进行人力资源分配,观察两组病人不良事件发生情况。结果 干预组病人压疮、非计划性拔管、使用呼吸机卧位不正确、强化胰岛素治疗病人发生低血糖、呼吸机相关性肺炎、导管相关性感染发生率低于对照组,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。结论 在 ICU 护理管理中采用护理分级及标识管理方法进行人力资源分配可提高护理质量。

[关键词] 重症监护病房;分级管理;标识管理;不良事件

[中图分类号] R47 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2014)04-0059-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.04.20

Role of nursing classification and marking management in ICU nursing management

Xiong Xiaoling, Huang Yanling, He Shaomin, Dai Qingfang // Modern Clinical Nursing, -2014, 13(4):59.

[Abstract] **Objective** To probe into the role of nursing classification and marking management in ICU nursing management. **Methods** According to the admission date, the first 87 patients hospitalized in our department were assigned into the control group and another 84 into the intervention group. Then the human resources were divided based on the ABCD nursing classification and marking management for ICU. The two groups were compared in terms of adverse events. **Results** The incidences of pressure sores, non-planned extubation, improper clinostatism for using respirator, hypoglycaemia during reinforced treatment with insulin, respirator-associated pulmonary pneumonia, tube-associated infection, and multidrug resistant bacteria in the intervention group were all significantly lower than those in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** The nursing classification and marking management for ICU nursing management can enhance the nursing quality.

[Key words] intensive care unit; classification management; marking management; adverse events

重症监护病房(intensive care unit,ICU)是医院危重病人集中抢救治疗的场所,护理任务非常繁重,护理人力资源调配是否合理,直接影响到 ICU 护理质量和抢救治疗效果^[1]。目前,国内医院 ICU 大多按比例系数关系(病人数量)来决定每班次护理人力的人数,其结果存在着任务轻重不等、忙闲不均的弊端^[2]。ICU 病人 ABCD 护理分级方法^[3](简称 ABCD 法)用于指导临床护理人力分级管理能够准确区分护理工作负荷,提高护理人力资源使用效率,标识颜色管理还起到了重点提醒的作用。本科室自 2012 年 5~8 月在护理管理中采用 ABCD 护理分级及标识管理方法,取得较好的效果,现将方法和结果报道如下。

[收稿日期] 2013-05-16

[作者简介] 熊小玲(1967-),女,广东罗定人,副主任护师,本科,主要从事 ICU 护理管理工作

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 病人情况 2012 年 5~8 月选择入住本科室治疗病人 171 例,男 96 例,女 75 例;年龄 3~98 岁,平均 (66.5 ± 38.5) 岁;疾病类型:重症肺炎 42 例,呼吸衰竭 28 例,感染性休克 18 例,心肺复苏术后 12 例,多器官功能衰竭 6 例,急慢性肾功能衰竭 17 例,体外循环心内直视术 12 例,多发伤 4 例,其他术后复苏病人 32 例。将 2012 年 5~6 月 87 例入住本科室治疗的病人设为对照组,2012 年 7~8 月的 84 例病人设为干预组,两组一般资料比较,均 $P > 0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.1.2 科室情况 本科室共有护理人员 23 名,其中赴港进修专科护理人员 2 名,高级责任护理人员 4 名,责任护理人员 14 名,助理护理人员 3 名。

23 名护理人员均为女性,年龄 19~45 岁,中位年龄 28.6 岁;学历:本科及以上 13 名,大专 7 名,中专 3 名;职称:副主任护师 1 名,主管护师 5 名,护师 5 名,护士 9 名,助理护士 3 名。实际开放床位 10 张,床位使用率 70%~90%。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用传统方法进行床位分配,以每 1 名护士所管床位相邻为原则,对病人实施治疗和护理及病情观察。

1.2.2 干预组 采用护理分级及标识管理对人力资源进行分配,具体内容和方法如下。

1.2.2.1 护理人力分级 采用 ABCD 护理分级方法^[3]对护理人员进行护理人力分级,A 级状态:病情恶化,现有 ICU 支持手段生命体征不能维持,正在抢救或者准备抢救; A^- 状态:使用至少 2 种 ICU 干预手段,生命体征暂时稳定,出现多器官功能衰竭,大多数刚从 A 级过渡而来,或随时过渡到 A 级;B 级状态:使用 1 种 ICU 干预手段,生命体征暂时稳定;C 级状态:不必使用 ICU 干预手段,但是需要 ICU 的监护和治疗;D 级状态:生命体征稳定,随时可转出 ICU。护理人力分配如下,A 级:保证病人床边专人护理; A^- 级:介于 A 级和 B 级之间;B 级:1 位护理人员最多可以同时护理 2 例 B 级病人;C 级:1 位护理人员最多可以同时护理 3 例 C 级病人;D 级:无需专人护理^[3]。

1.2.2.2 标识管理 根据病人是否存在多重耐药菌感染、是否需要保护性隔离,设计粉色、橙色、白色标识牌,存在感染需隔离病人挂橙色标识,需保护性隔离病人挂粉色标识,普通病人挂白色标识。感染病人与需保护性隔离病人原则上不能由同 1 位护理人员护理。

1.2.2.3 对护理人力进行评估 护士长或护理组长根据 ICU 病人分级情况对第 2 天的护理人力进行估计。将护理人力的使用情况分为 3 个程度,很忙:平均 1 位护理人员护理 2 例 B 级病人;较忙:平均 1 位护理人员护理 1 例 B 级病人和 1 例 C 级病人;中等:平均 1 位护理人员护理 2 例 C 级病人或者只照顾 1 例 B 级病人。

1.2.2.4 护理人力分配 根据护理人力评估情况进行床位分配,原则是轻重搭配,一般情况下,1 位护理人员护理 2 例病人,1 例重病人(A 级或 B 级)搭

配 1 例轻病人(C 级或者 D 级);A 级或者 A^- 的病人可以考虑一对一护理。如由于客观的原因,轻重搭配无法实施的话可以考虑 1 位护理人员同时护理 2 例 B 级病人,或者 1 位护理人员同时护理 3 例轻病人(C 级或者 D 级),其他岗位的护理人员适当地辅助。床位分配之后,护长或护理组长检查是否存在护理人力过负荷、低负荷、分配不均衡的情况。当病人病情发生变化时,如病人转出、新收、死亡、病情恶化等,结合护理人力的使用情况,做适当的调整。

1.3 效果评价

观察两组病人不良事件发生情况,包括压疮、非计划性拔管、使用呼吸机卧位不正确、强化胰岛素治疗病人发生低血糖、呼吸机相关性肺炎、导管相关性感染。

1.3.1 导管相关性感染 ①临床诊断:符合下述三条之一即可诊断。静脉穿刺部位有脓液排出,或有弥散性红斑(蜂窝组织炎的表现)。沿导管的皮下走行部位出现疼痛性弥散性红斑并排除理化因素所致。经血管介入性操作,体温 $>38^{\circ}\text{C}$,局部有压痛,无其他原因可解释。②病原学诊断:导管尖端培养和(或)血液培养分离出有意义的病原微生物^[4]。

1.3.2 低血糖 血糖 $<2.8\text{ mmol/L}$ ^[5]。

1.3.3 呼吸机相关性肺炎 ①使用呼吸机 48 h 后发病;②与机械通气前胸片比较出现肺内浸润阴影或显示新的炎性病变;③肺部实变体征和/或肺部听诊可闻及湿罗音,并具有下列条件之一者:a. 白细胞 $>10.0 \times 10^9/\text{L}$ 或 $<4 \times 10^6/\text{L}$,伴或不伴核转移;b. 发热,体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$,呼吸道出现大量脓性分泌物;c. 起病后从支气管分泌物中分离到新的病原菌^[6]。

1.3.4 非计划性拔管 插管意外脱落或未经医务人员同意病人将插管拔除,包括医护人员操作不当所致拔管^[7]。

1.3.5 压疮 受压局部出现红斑,麻木,疼痛,破溃,坏死,溃疡^[8]。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学分析,两组病人不良事件发生率比较采用 χ^2 检验。

2 结果

两组病人不良事件发生情况比较见表 1。从表 1 可见,干预组病人压疮、非计划性拔管、使用呼吸机

卧位不正确、强化胰岛素治疗病人发生低血糖、呼吸机相关性肺炎、导管相关性感染发生率低于对照组,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

表1 两组病人不良事件发生情况比较 $n(\%)$

项目	对照组 ($n=87$)	干预组 ($n=84$)	χ^2	P
压疮	3 (3.45)	0 (0.00)	159.41	< 0.05
非计划性拔管	7 (8.05)	2 (2.38)	137.38	< 0.05
病人卧位不正确	18 (20.69)	8 (9.52)	78.89	< 0.05
低血糖	8 (9.20)	2 (2.38)	138.11	< 0.05
呼吸机相关性肺炎	8 (9.20)	5 (5.95)	123.11	< 0.05
导管相关性感染	6 (6.90)	3 (3.57)	137.07	< 0.05

3 讨论

传统的床位分配方法大多保证一位护理人员所管床位相邻,便于进行病情观察,并将其默认为床位分配的首要原则。当相邻两个床位的护理工作量大,虽然护理人员在病人的床边,但由于频繁的治疗和护理而使护理人员无暇有效地监护相邻床位的病人。良好的护理人力资源管理,可以使ICU的病人得到充分照护;快速准确的病情判定能够为护理派班提供科学依据^[9]。ABCD护理分级方法可以稳定而准确地区分病人的护理需求,是指导临床护理人力分配的有效工具^[3]。我们在参考ICU病人ABCD护理分级方法的基础上,根据病人的分级情况进行合理的床位分配,均衡护理人力间的工作量,当病人的病情发生变化时,如病人转出、新收、死亡、病情恶化等,结合护理人力的使用情况,做适当的调整,提高护理人力的使用效率,保障了有足够的人力完成各班护理工作,防止工作高峰时护理人力不足,杜绝了病人减少时人浮于事,真正做到了病人的需求就是护理人员的工作时间;同时减少护理人力超负荷工作,保证护理人员上班期间有充沛的精力和高度集中的注意力,及时、高效地完成护理工作,防止各种护理不良事件的发生。护理标识是指利用有特征的记号去标记在护理工作中易出现的各种安全隐患,护理人员通过标识可了解所需信息。切实可行的护理警示标识,能够有效地规避护理风险,确保病人安全^[10]。色彩作用于感官可引起人们复杂的生理活动^[11],有明显的警示作用。我们在采用护理分级方法对ICU人力资源进行管理的同时,还采用标识对病人进行管理,根据病人是否存在多重耐药

菌感染、是否需要保护性隔离,将标识牌设计为各种颜色。醒目的标识有助于床位分配时护理管理者能尽快了解病人情况,根据病人病情尽早进行人力资源的分配,并在护理实施过程中起到提醒作用,减少甚至杜绝交叉感染的发生。本结果显示,干预组病人压疮、非计划性拔管、使用呼吸机卧位不正确、强化胰岛素治疗病人发生低血糖、呼吸机相关性肺炎、导管相关性感染发生率低于对照组,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

4 结论

本结果表明,采用护理分级管理方法能均衡护理人力间的工作量,提高护理人力的使用效率;醒目的标识有助于床位分配时护理管理者能尽快了解病人情况,根据病人病情进行人力资源的分配,并在护理实施过程中起到提醒作用,从而提高护理质量。

参考文献:

- [1] 戴琴. ICU护理人力工作压力源与心理健康水平的相关性研究[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(7): 489-490.
- [2] 郭晓霞, 杨晓梅, 郭庆凤. 快速评分派班法在ICU护理人力资源管理中的应用[J]. 中国护理管理, 2009, 9(9): 56-57.
- [3] 管向东, 欧阳彬, 黎毅敏. ICU诊疗指引与管理规范[M]. 广州: 广东科技出版社, 2009: 387-388.
- [4] 钟华荪, 张振路. 静脉输液治疗护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 272.
- [5] 叶任高. 内科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 827.
- [6] 黄小红. 机械通气相关性肺炎的研究现状[J]. 中华医院感染学杂志, 2003, 13(9): 895-897.
- [7] 段摄霞, 王红艳, 郭秀茹, 等. ICU气管插管患者非计划性拔管的前瞻性研究[J]. 国外医学·护理学分册, 1999, 18(10): 457-458.
- [8] 姜安丽. 护理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 168.
- [9] 丘字茹, 王吉文, 吴惠文. APACHE II评分及护理对策系统在ICU护理人力资源合理配置中的应用效果评价[J]. 护理研究, 2012, 12(26): 3335-3337.
- [10] 孙元美. 护理警示标识在护理风险管理中作用[J]. 护理研究, 2006, 29(9): 2518-2519.
- [11] 孟新科. 急危重症评分、评价、预测、处理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 287.

[本文编辑: 郑志惠]