

以点点萤光

燃生命之火



—— 萤火圈成果汇报

浙江大学医学院附属第一医院 急诊监护室

王海苹





科室简介

- EICU隶属于急诊科
- 床位数：9
- 护理人员：19人（6个工作组）
- 主要工作职责：对危急症患者的监护，抢救和护理工作





邂逅.....





海鸥圈

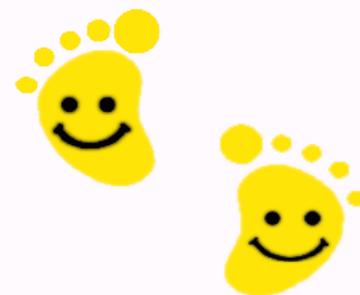


白羽圈

甜恬圈



丫丫圈



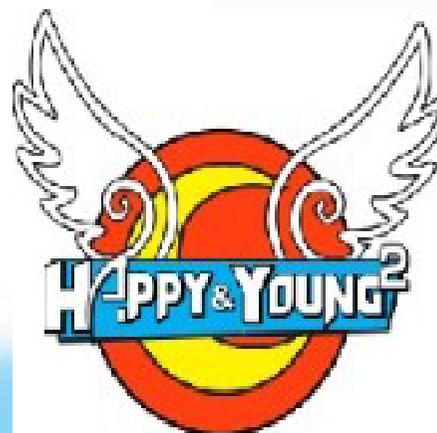
薇涟圈



飞翔圈



守护圈



喜洋洋圈

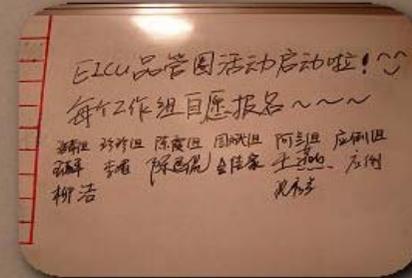


小荷才露尖尖角

EICU品管圈活动启动啦!~

每个工作组自愿报名~

海萍组 玲玲组 陈霞组 周斌组 阿兰组 应俐组



姓名	性别	职称	年龄	工作时间(年)	职务
赵雪红	女	副主任护师	42	24	辅导员
王海苹	女	护师	27	8	圈长
陈臣侃	男	护士	22	3	副圈长
沈秀兰	女	护师	29	10	圈员
王燕	女	护师	27	5	圈员
周建萍	女	护师	27	7	圈员
柳洁	女	护师	26	4	圈员
金佳家	女	护士	26	3	圈员
李媚	女	护士	21	2	圈员





萤火圈的形成



第一次
圈会，征集圈名圈徽。
大家对QCC充满好奇满怀
热情。



第二次圈会，
大家踊跃阐述自己提议的
圈名圈徽的意义，
并投票。





萤火虫圈的形成

——圈名的确定

候选圈名	第一轮 投票	结果	第二轮 投票	结果
 微笑圈 (BY海苹)	5		2	
 平安圈 (BY小胖)	1			
白炙圈 (BY佳家)	1			
飞翔圈 (BY柳洁)	1			
 烛光圈 (BY阿兰)	1			
萤火虫圈 (BY李媚)	5		5	
 蚂蚁圈 (BY王燕)	5		1	
 绚彩圈 (BY应俐)	5			

圈名的涵义

萤火，没有阳光的耀眼，没有月光的柔美，不似烟花的绚丽夺目。

但是，当数十盏萤火聚集在一起，就一定能为迷失在生命的岔路口的人指引生的方向。

EICU的每一位护理人员，愿化成盏盏萤火，共同飞翔，为每一位病人奉献我们的光和热！



萤火虫圈的形成

——圈徽绘制





圈徽的涵义



- 圈徽总体由Y和H两个英文字母组成，“YH”正是“萤火”的缩写！
- 天使般飞舞的盏盏萤火，寓意我们肩负天使的使命！
- 她们飞舞至色泽暗淡濒临枯萎的树苗下汇聚，努力燃烧，释放能量，最终，树苗得到了新生！
- **我们相信**，每个人都奉献出有限的光和热，就能汇聚出最强大的力量，让枯萎的生命之树重现勃勃生机！





映日荷花别样红

——萤火圈主题活动过程

- 主题选定及目标设定
- 现状把握及解析
- 对策实施及效果确认





主题选定?!





主题选定

柳洁

佳家

阿兰

环境方面	病人方面	操作流程
护理人员	主题	药 物
管道管理	其 他	

李娟

小胖

建萍

王燕



主题选定

主题评价	上级政策	可行性	迫切性	圈能力	总分	顺序	选定
1、减少留置针计划外拔管率	5	3.5	3.5	3.75	15.75	2	
2、降低EICU噪音的分贝	3	3	2.5	3	11.5	5	
3、提高有频次药物使用的时间准确率	4	4	3.5	3.25	14.75	3	
4、提高手消净的使用率和有效性	3	3.75	4	2.75	13.5	4	
5、降低EICU鲍曼不动杆菌感染密度	5	4.75	4.75	2.5	17	1	

评价说明 	分数	上级政策	可行性	迫切性	圈能力
	1	没听说过	不可行	半年后再说	需多部门配合
	3	偶尔告知	较可行	下次解决	需一个部门配合
	5	常常提醒	可行	尽快解决	自行能解决



主题选定

降低EICU鲍曼不动杆菌感染密度

衡量指标：每月鲍曼不动杆菌的感染密度

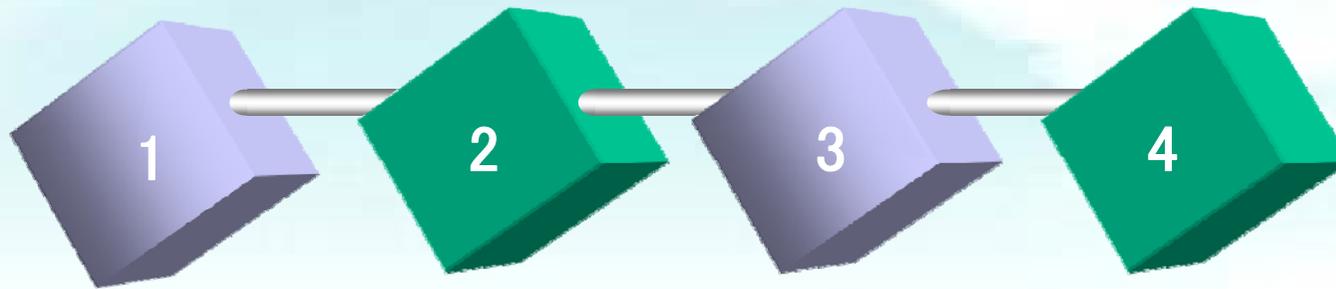
密度% = 鲍曼不动杆菌感染人次 / 住院人日数





降低EICU鲍曼不动杆菌感染密度

-----选题理由



医院感染
已成为全
球公共卫
生领域的
热点问题

鲍曼不动
杆菌感染
也被称作
ICU获得
性感染

鲍曼不动
杆菌感染
与全体医
务人员的
行为密切
相关

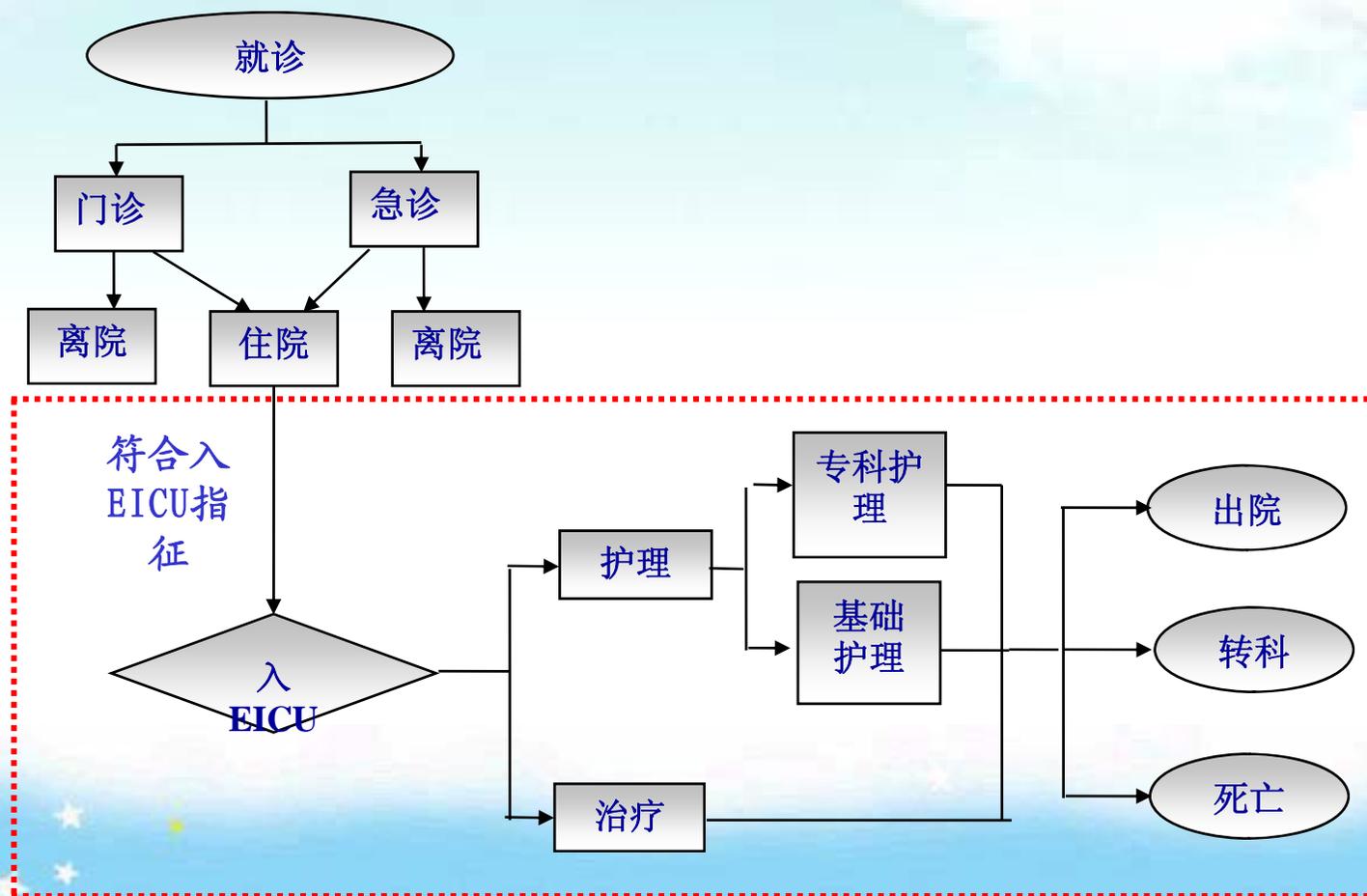
鲍曼不动
杆菌感染
与多种仪
器设备的
使用密切
相关





现状把握

浙医一院 EICU 工作流程





鲍曼不动杆菌感染人次查检表

项目	姓名	痰	血	尿	大便	其它	引流液培养
时间	1 陶宝林	2/9 3/9 4/9	2/9 3/9			3/9 引流液 4/9	
9.1-9.7	2 王根生	3/9 4/9 5/9	3/9 4/9 5/9		5/9		
9.8-9.14	3						
9.15-9.21	4						
9.22-9.30	5 蒋月娟	6/9 7/9	6/9 7/9				
合计	6 张如宇		5/9 6/9 7/9				
	7 胡善根						

项目	深部痰培养	血培养	导管培养	引流液培养
时间				
9.1-9.7				
9.8-9.14				
9.15-9.21				
9.22-9.30				
合计				





鲍曼不动杆菌感染密度查检总汇

日期 \ 项目	深部痰培养	血培养	导管培养	引流液培养
9.1—9.7	6	2		
9.8—9.14	9			
9.15—9.21	9	1		1
9.22—9.30	5			
合 计	29	3	0	1
感染密度 %	13.48	1.39	0	0.46
累积百分比	87.87	96.93	96.93	100

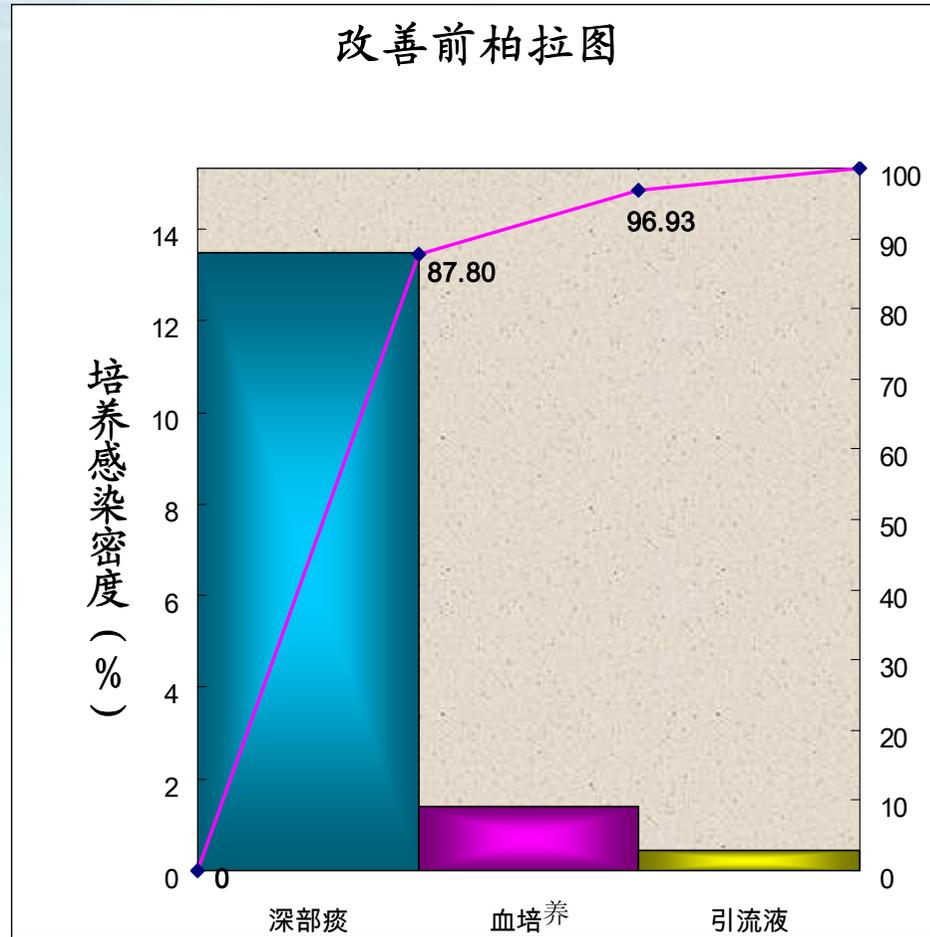
2009年9月住院人日数为215人





改善前柏拉图

分析



根据9月1日至9月30的查检数据表明，EICU鲍曼不动杆菌感染密度以深部痰培养最高，同时根据80/20原则，本圈将改善重点定为“如何降低深部痰中鲍曼不动杆菌感染密度”



目标设定

- 目标值设定

6.75%/月

- 设定理由

目标值 = 现况值 - 改善值

= 现况值 - (现况值 × 圈能力)

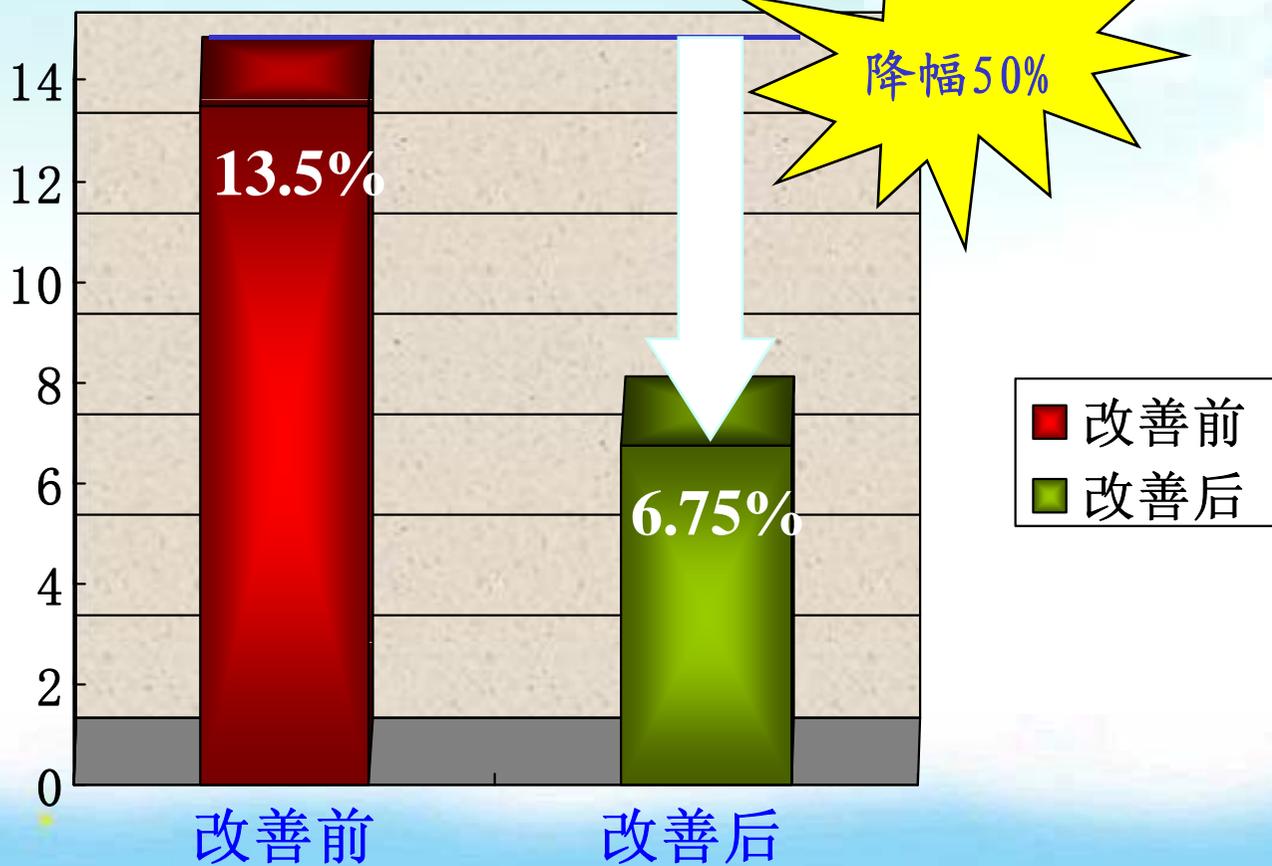
= 13.5% - (13.5% × 0.5)

= 6.75%





目标设定





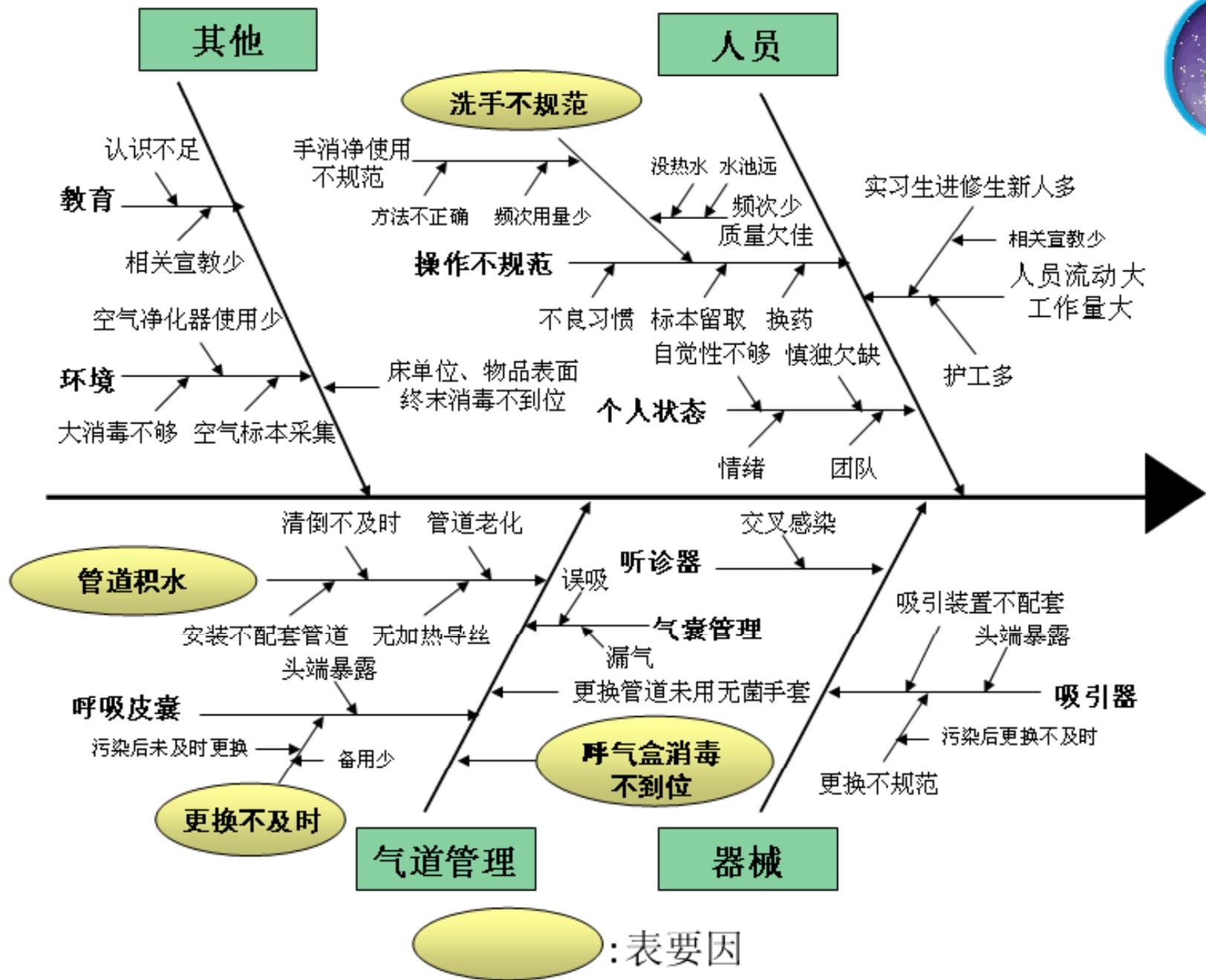
解析



降低监护室鲍曼不动杆菌密度要因选定表

编号	为何鲍曼不动杆菌密度高	圈员投票	备注
1	洗手不规范	8	●
2	缺乏慎独精神	1	
3	教育宣教少	0	
4	空气消毒不到位	1	
5	大消毒少	0	
6	吸引器更换不及时	0	
7	吸引器更换不规范	1	
8	中心吸引装置不配套	0	
9	吸引器头端暴露	4	
10	听诊器交叉感染	4	
11	皮囊更换不及时	6	●
12	皮囊口暴露	1	
13	气囊漏气造成误吸	4	
14	呼气盒终末消毒不到位	6	●
15	管道积水严重, 清倒不及时	7	●





为何深部痰培养鲍曼不动杆菌阳性率高

降低急诊监护室鲍曼不动杆菌密度对策拟定评分表

要因	对策方案	总分	采纳	提议人	负责人	对策编号
A 洗手不规范	A1 与领导沟通, 洗手池安装热水器	30	×	王海苹		
	A2 温馨提示牌“你洗手了吗?”“我喜欢你qin我!”	40	○	王海苹	王海苹	对策一
	A3 圈员对每位医生护士及护工进行手消毒使用的考核并纠正	30	×	沈秀兰		
B 呼吸机管道积水严重	B1 与领导沟通, 领取全新管道, 全面清除老化易积水管	32	○	沈秀兰	沈秀兰	对策二
	B2 与领导及医工科沟通, 能否将全部湿化器换成有加热导线型	30	×	王燕		
	B3 多种形式强调及时清除管道内积水, 禁忌倒入病室内污物桶	38	○	柳洁		对策二
	B4 再次组织学习规范安装管道, 制订流程	34	○	陈臣侃		对策二
C 呼吸皮囊更换不及时	C1 与领导沟通, 增加呼吸皮囊数量	38	○	李媚	李媚	对策三
	C2 皮囊头端保护套及时盖回, 请厂家制作专用保护套	30	×	周建萍		
	C3 多种形式强调被分泌物污染后及时更换	40	○	李媚		对策三
D 呼气盒终末消毒不到位	D1 与医工科联系, 能否增领呼气盒备用, 并讲解消毒方法注意事项	38	○	王海苹	王海苹	对策四
	D2 制订呼吸机终末消毒流程	40	○	沈秀兰		对策四
E 气囊管理	E1 多种形式强调进行鼻饲, 口腔冲洗等操作前测压, 防止误吸	34	○	王海苹	王海苹	对策五
F 吸引器管理	F1 与领导沟通, 中心吸引不匹配问题, 能否解决	12	×	金佳家		
	F2 强调吸引皮管需每日更换, 吸引袋至2/3满及时更换	32	○	柳洁	柳洁	对策六
G 标本留取	G1 领取留痰培养专用吸痰管, 避免标本污染	38	○	王燕	王燕	对策七
H 听诊器交叉感染	H1 位置固定, 一床一个, 使用前酒精棉球消毒	32	○	陈臣侃	陈臣侃	对策八
I 换药	I1 与住总沟通, 对医生换药操作进行规范, 严禁一套用物多人使用	26	×	李媚		
J 环境消毒	J1 与医工科及厂家联系, 学习空气净化器使用方法及注意事项	36	○	王海苹	王海苹	对策九
	J2 建立空气净化器使用登记本	36	○	王海苹		对策九
	J3 向院感科学习正确采集空气及物品表面细菌培养方法	32	○	沈秀兰	沈秀兰	对策十
	J4 根据细菌培养结果及实际病人情况, 安排大消毒	32	○	陈臣侃		对策十
	J5 督促护工完成床单位及物品表面的终末消毒	36	○	金佳家	金佳家	对策十一
K 相关宣教	K1 进行针对鲍曼不动杆菌的讲课, 提高认识	40	○	周建萍	沈秀兰	对策十三
	K2 进行针对气道管理的讲课	32	○	王燕	王燕	对策十二
	K3 请科带教对每位带教老师进行培训, 加强入科宣教(包括医生)	26	×	金佳家		
	K4 组织护工学习(洗手, 交叉感染, 消毒隔离等内容)	32	○	沈秀兰		对策十一
L 自觉性不够	L1 安装摄像头, 便于监督	18	×	陈小胖		
	L2 优化奖惩制度, 提高积极性和自觉性	32	○	柳洁	周建萍	对策十四



对策实施

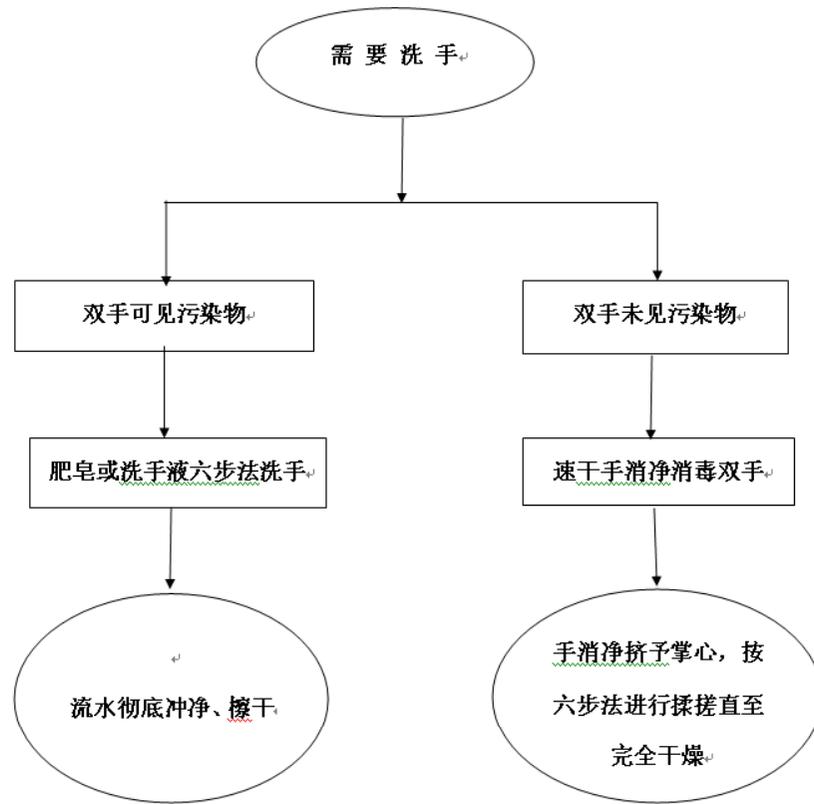
对策一

对策主要



改善前：工
回家之外的
时可使用手
清，且手消
对策内容：
•在洗手池立
”
•在每张床手
多多qin我！
•制定流程

对策处置：
1、经由效果
2、列入洗手
(ZYEICU

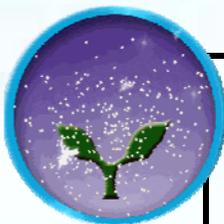


改善前

改善后

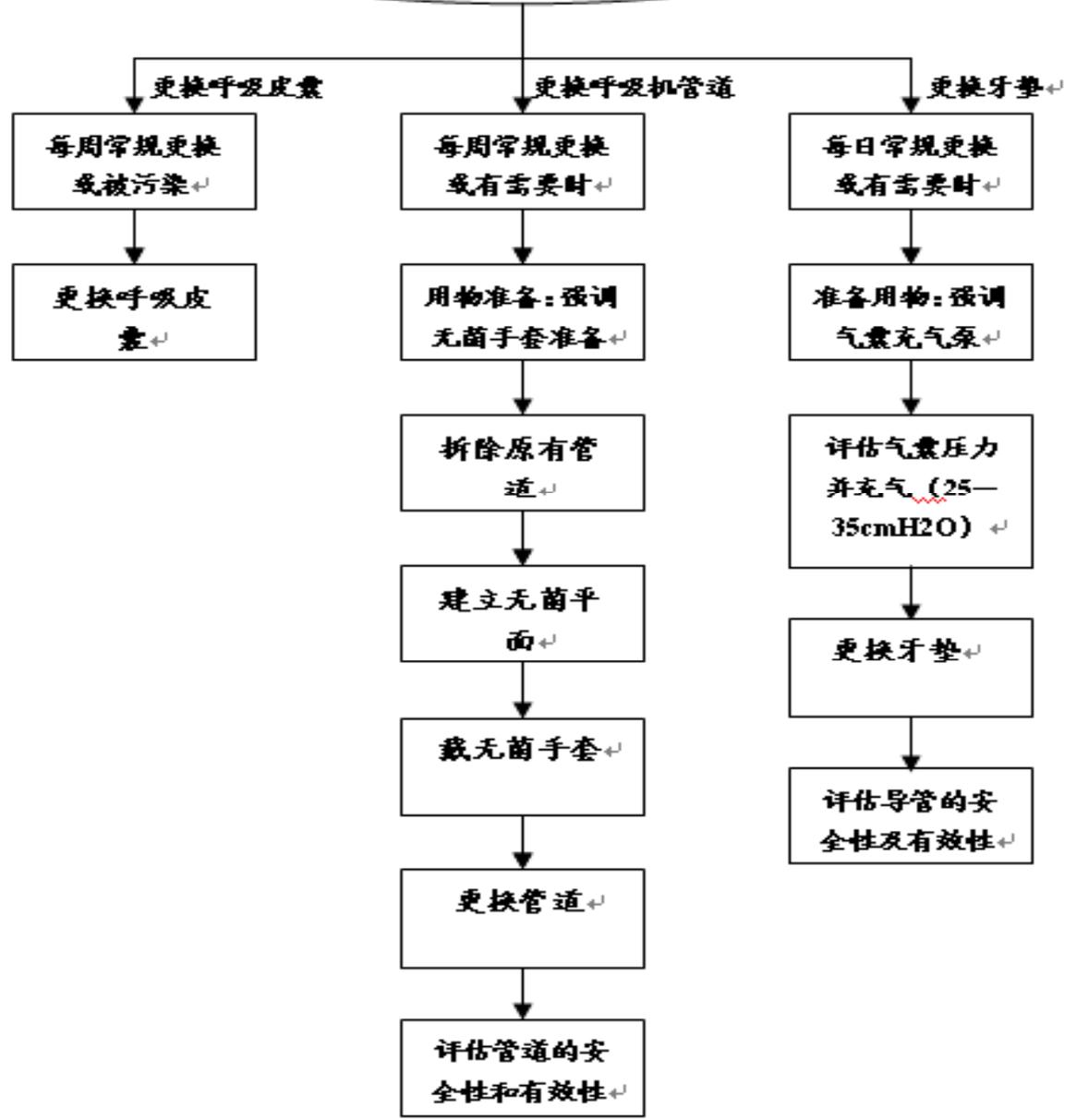
■ 改善前
■ 改善后





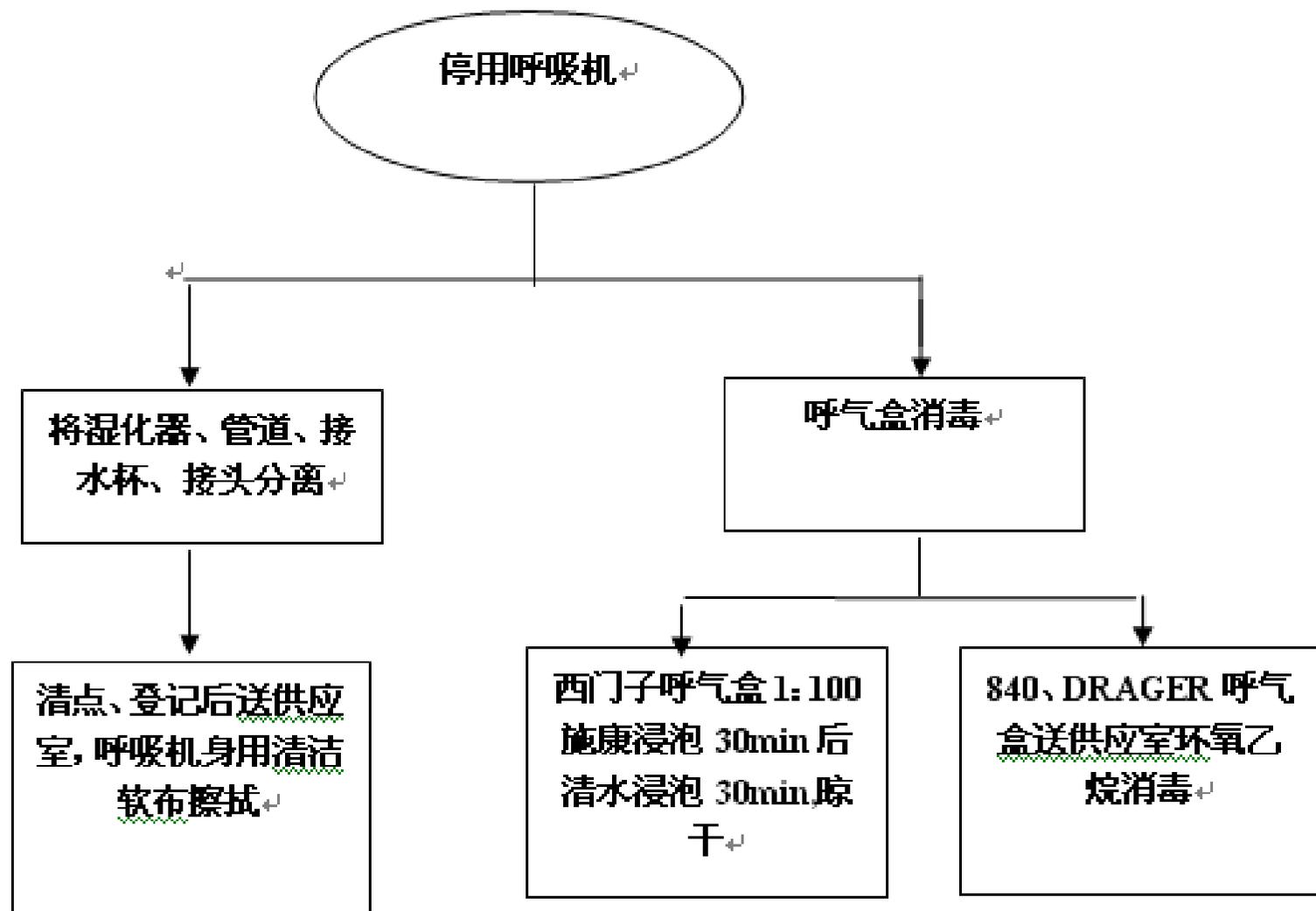
对策二	对策五
改善前: 水污染 对策内容 1. 领取全 面置 2. 再学 3. 强调 对策处置 1、经由 策 2、列入 程再造	改善前: 对策内容 1. 延续 2. 由每 3. 在安全 对策处置 1、经由 对策

机械通气相关物品更换流程再造





对策四	对策名称	增加呼气盒备用，制订消毒流程
	主要因	





对策十二	对策名称	开展提高对鲍曼不动杆菌认识的小讲课
	主要因	对鲍曼不动杆菌认识不足
改善前：对鲍曼不动杆菌认识		对策实施：EICU工作人员





对策六	对策七	对策八	对策九	对策十	对策十一	对策名称	督促护工规范完成物品表面，床单位等终末消毒
						主要因	护工工作不到位
改善前	改善前	改善前	改善前	改善前	改善前	对策实施：EICU工作人员 负责人：金佳家	对策内容： 1. 组织培训（洗手，使用手消 净，消毒隔离等方面） 2. 督促护工及时规范完成床单 位及物品表面终末消毒
对策内 1. 增加 2. 组长	对策内 1、领	对策内 听诊器 每床	对策内 1. 向	对策内 1. 规范 2. 根据	对策内 1. 组织培 训（洗手，使用手消 净，消毒隔离等方面） 2. 督促护工及时规范完成床单 位及物品表面终末消毒		
对策处	对策处	对策处	对策处	对策处	对策处	对策处置：	对策效果确认
1、经 对策	1、经 对策	1、经 对策	1、经 对策	1、经 对策	1、经 对策	1、经由效果确认该对策为有效 对策	



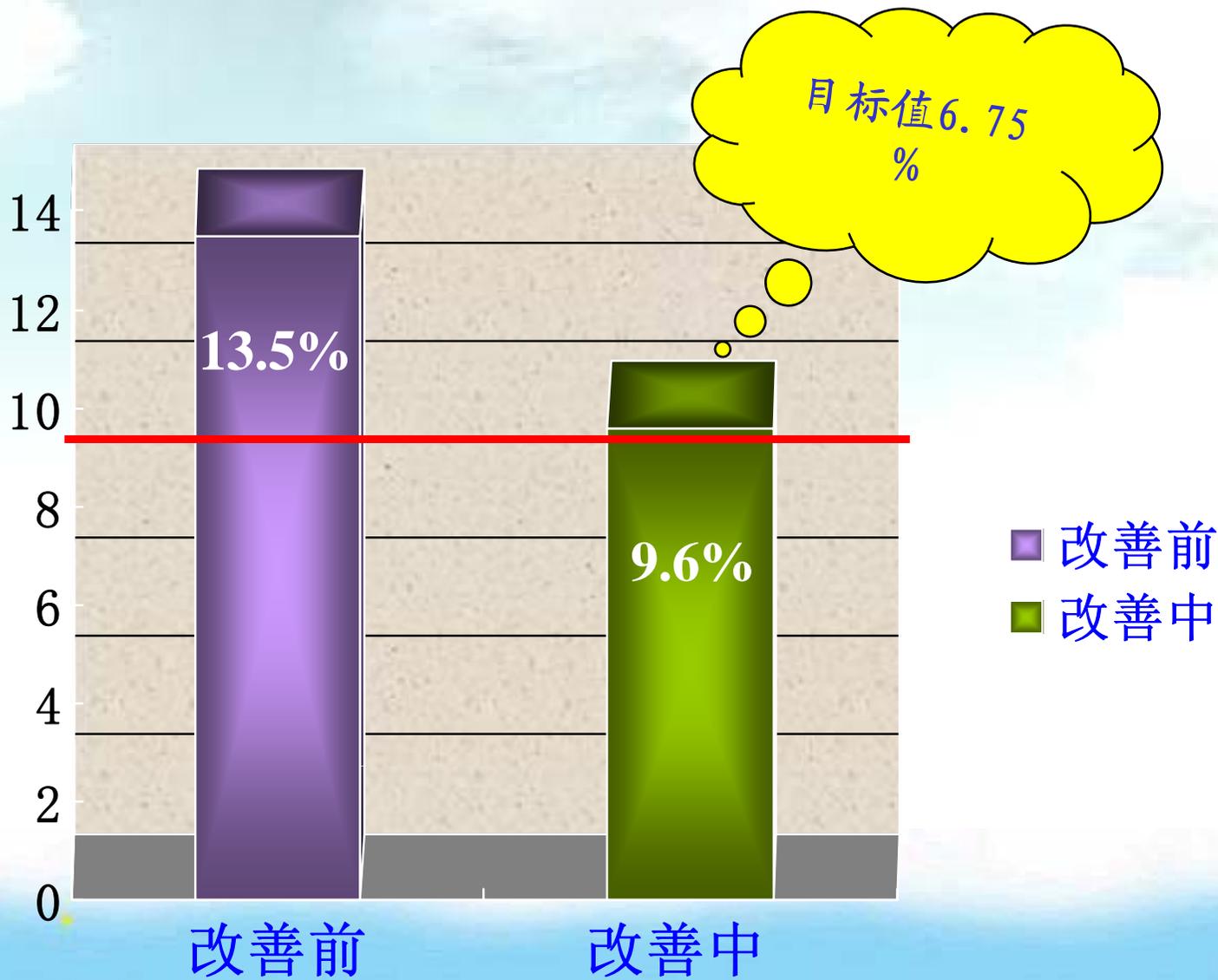


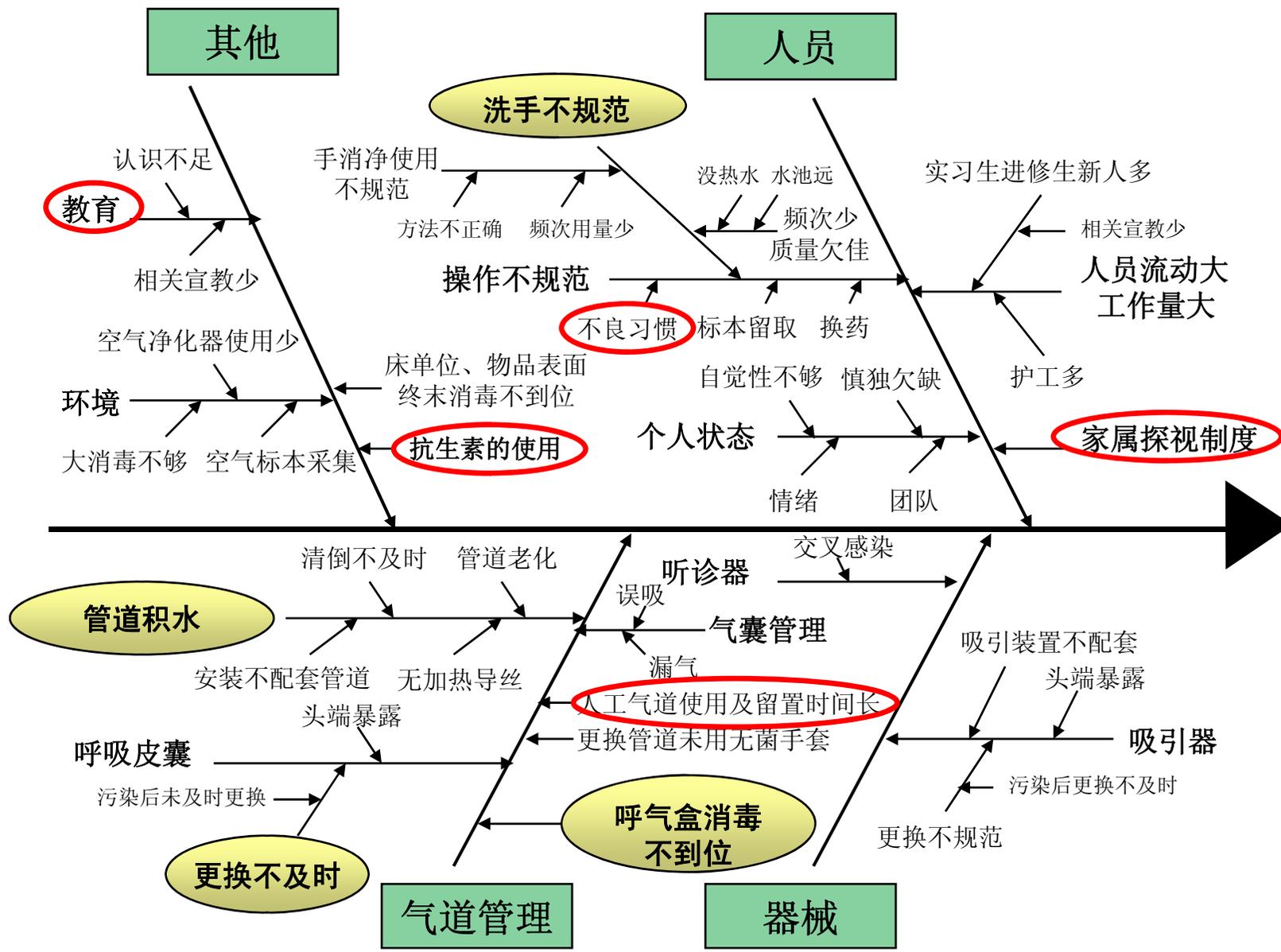
鲍曼不动杆菌感染密度查检总汇 (改善中)

日期 \ 项目	深部痰培养	血培养	导管培养	引流液培养
2.1-2.7	5			
2.8-2.14	6			3
2.15-2.21	3			
2.22-2.28	2			
合 计	16	0	0	3
感染密度 %	9.6	0	0	1.8
累积百分比	84.2	84.2	84.2	100

2010年2月住院人日数为166人







为何深部痰培养鲍曼不动杆菌阳性率高



鲍曼不动杆菌感染密度查检总汇 (改善后)

	深部痰培养	血培养	导管培养	引流液培养
4.1-4.7	5			
4.8-4.14	5			
4.15-4.21	3			
4.22-4.30	1			1
合 计	14	0	0	1
感染密度%	5.3	0	0	0.4
累积百分比	93.3%	93.3%	93.3%	100

2010年4月住院人日数为262人





效果确认

改善前、中、后效果比较

项目	改善前	改善中	改善后
查检日期	09/09/01-09/09/30	10/02/02-10/02/28	10/04/01-10/04/30
结果	13.5%	9.6%	5.3%

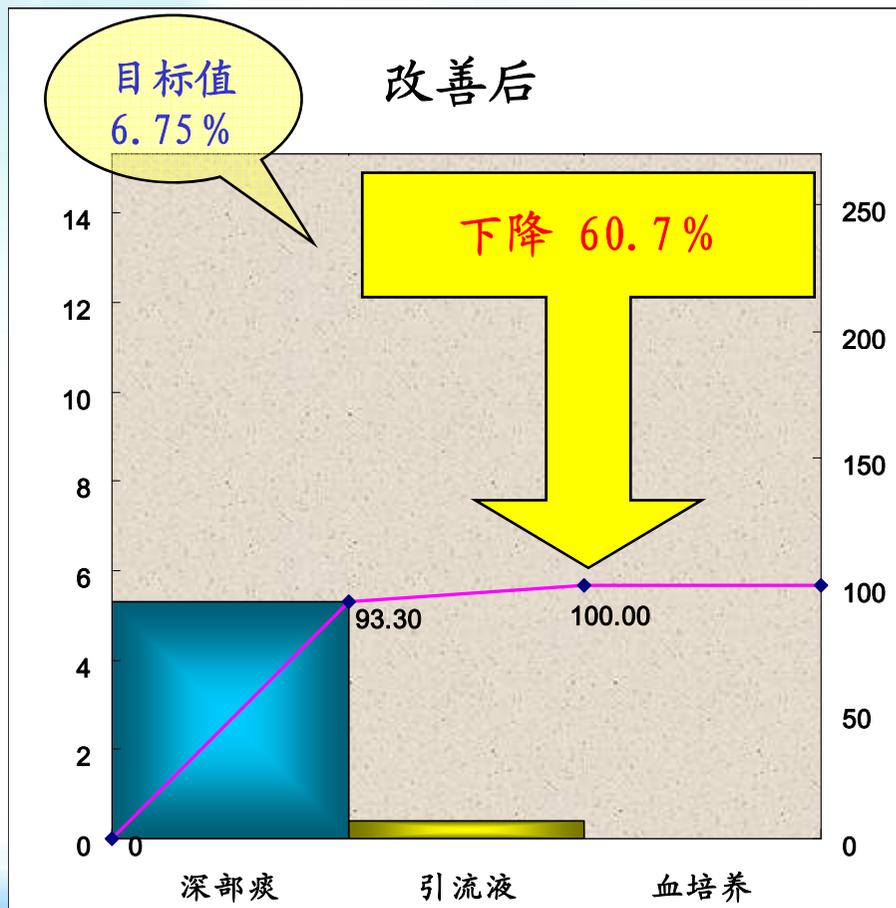
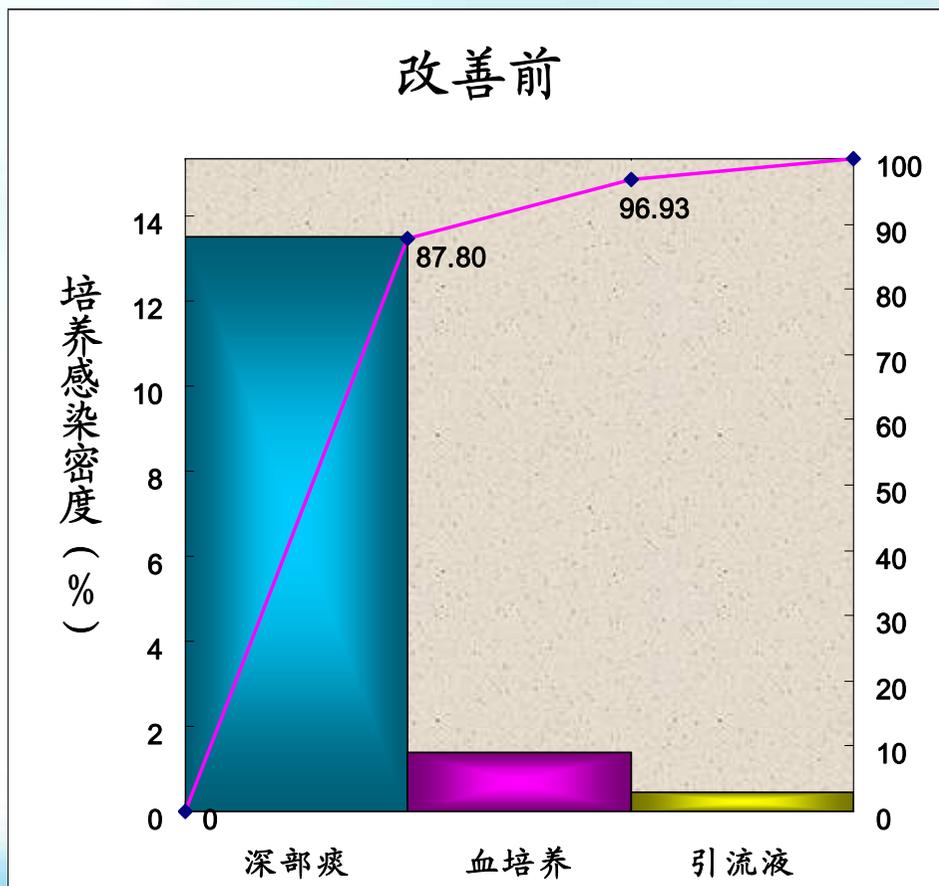
目标达成率

$$\begin{aligned}\text{目标达成率} &= (\text{改善后} - \text{改善前}) / (\text{目标值} - \text{改善前}) \times 100\% \\ &= (5.3\% - 13.5\%) / (6.75\% - 13.5\%) \times 100\% \\ &= 121.4\%\end{aligned}$$





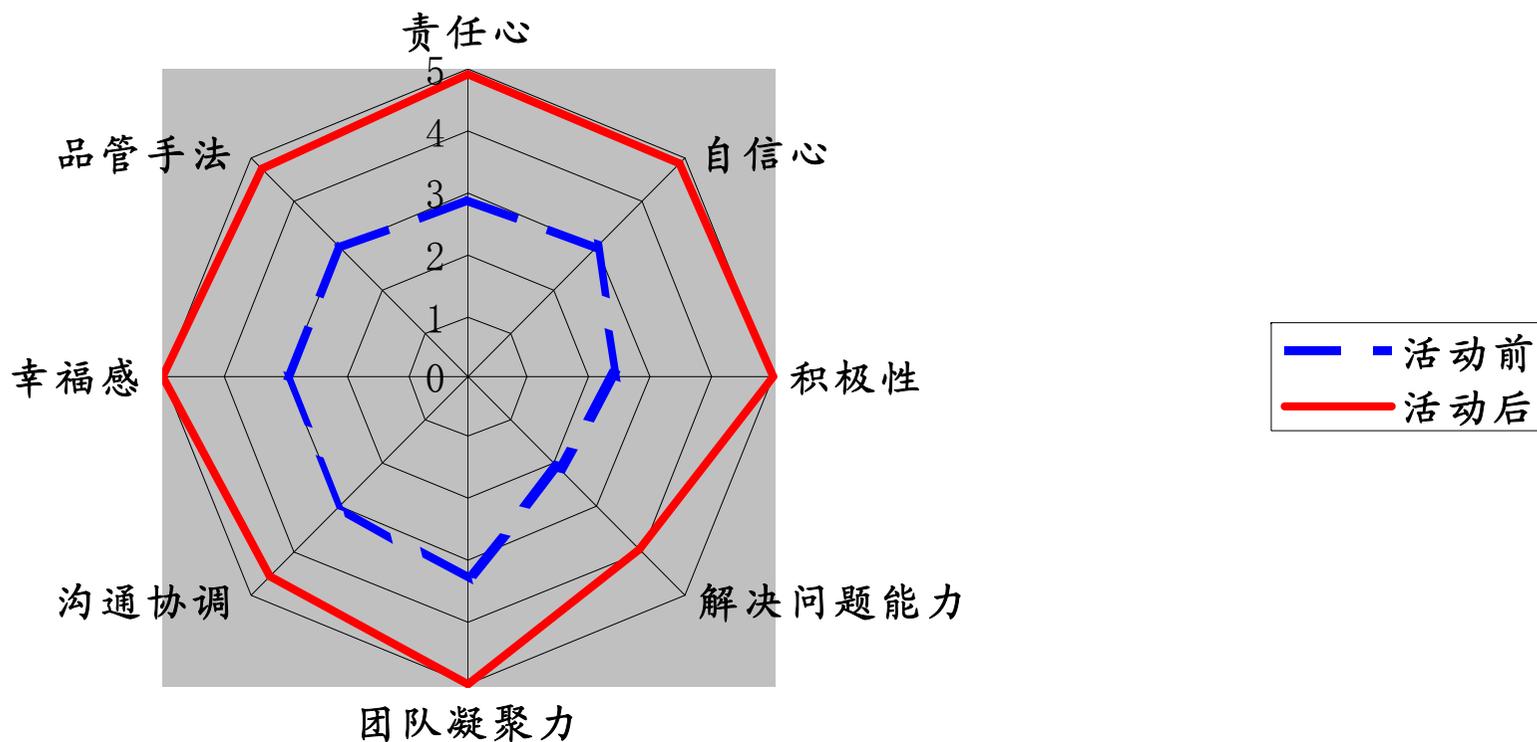
改善前后比较





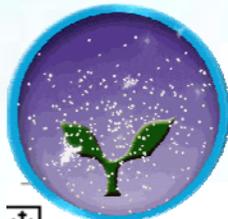
无形成果

编号	评价项目	活动前		活动后		活动成长	正/负向
		合计	平均	合计	平均		



注：由圈员8人评分，每项最高5分，最低1分，总分40分





标准化 (一)

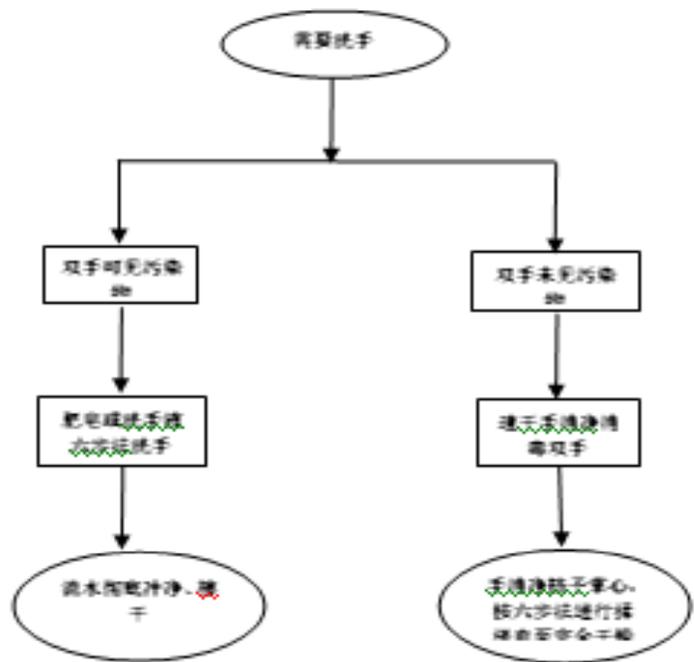
作业标准书 (一)

类别	■ 流程改善	作业名称	编号: ZFEICUQC-1
	□ 提升质量	洗手流程	主办部门
	□ 临床路径		急诊监护室

一、目的: 提高工作人员对洗手操作的认识, 提高洗手有效性。 . . .

二、适用范围: 急诊监护室所有工作人员。 . . .

三、说明: (一) 作业流程:



(二) 作业内容: 1. 在下列情况下需要洗手: (1) 直接接触病人前后, 接触不同病人之间, 从同一病人身体的污染部位移动到清洁部位时, 接触特殊易感病人前后; . . .

(2) 接触病人黏膜、破伤皮肤或伤口前后, 接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料之后; . . .

(3) 穿脱隔离衣前后, 摘手套后; . . .

(4) 进行无菌操作前后, 处理清洁、无菌物品之前, 处理污染物品之后; . . .

(5) 当医务人员的手有可见的污染物或者被病人的血液、体液污染后。 . . .

1. 洗手方法: . . .

- ① 掌心相对, 手指并拢, 相互揉搓; ↓
- ② 手心对手背沿指缝相互揉搓, 交换进行; ↓
- ③ 掌心相对, 双手交叉指缝相互揉搓; ↓
- ④ 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓, 交换进行; ↓
- ⑤ 右手握住左手大拇指旋转揉搓, 交换进行; ↓
- ⑥ 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓, 交换进行; ↓
- ⑦ 必要时增加对手腕的清洗。 . . .

2. 洗手应采用流动水洗手, 洗手后于手腕处使用一次性纸巾, 使用消毒毛巾应个人专用或一周消毒。 . . .

3. 医务人员手无可见污染时, 可用速干手消毒剂消毒双手代替洗手, 具体方法: . . .

- (1) 取适量洗手液涂于手掌; . . .
- (2) 严格按照6步洗手法的步骤步骤进行揉搓; . . .
- (3) 揉搓时保证手消毒剂完全覆盖手部皮肤, 直至完全干燥, 使双手达到消毒目的。 . . .

四、注意事项: 无。 . . .

五、附则: . . .

1. 实施日期: EICU于2010年3月15日正式实施。 . . .
2. 修订依据: 若工作流程有所变动, 则本标准随时修正。 . . .

修订次数:
修订日期: . . .	核定	审核	主办人		
制订日期: 2010年3月15日					



标准化 (二)

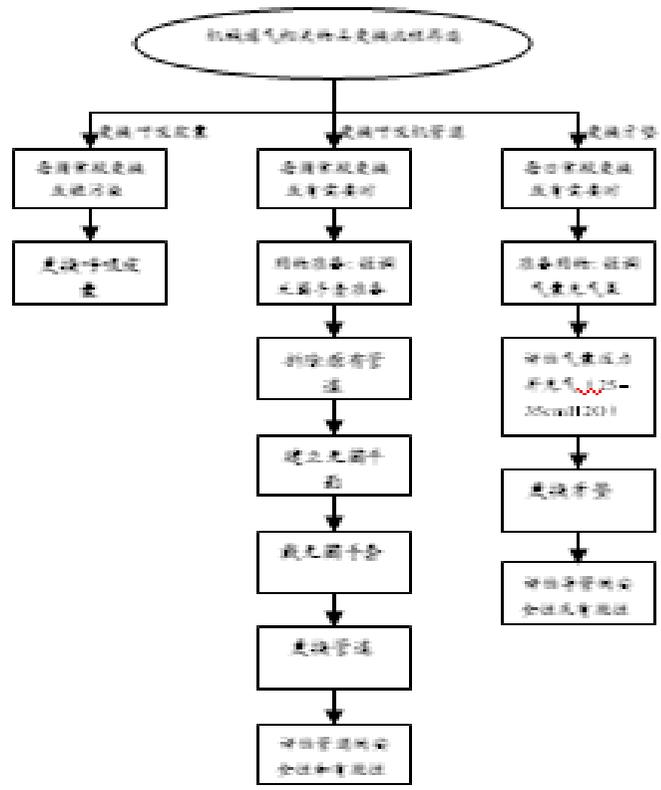
作业标准书 (二)

类别	<input checked="" type="checkbox"/> 流程改善	作业名称: .	编号: ZFEICU00C-2.
	<input type="checkbox"/> 提升质量	机械通气相关物品更换	主办部门: .
	<input type="checkbox"/> 降低成本	流程再造	急诊监护室

一、目的: .
流程再造, 细化, 补充原有流程, 规范操作.

二、适用范围: .
急诊监护室所有工作人员.

三、说明: .
(一) 作业流程:



(三) 作业内容:

1. 流程再造, 在原流程基础上进行补充强调. .
2. 在更换呼吸操作流程中强调操作前对气囊的评估, 防止操作过程中口腔分泌物进入气囊. .
3. 在更换管道时强调无菌平面的建立, 戴无菌手套, 及在整个过程中无菌原则的实现. .

四、 注意事项: .
无.

五、 附则: .

1. 实施日期: .
EICU 于 2010 年 3 月 15 日正式实施. .
2. 修订依据: .
若工作流程有所变动, 则本标准随时修正. .

修订次数:	核定	审核	主办人
修订日期:			
制订日期: 2010 年 3 月 15 日			

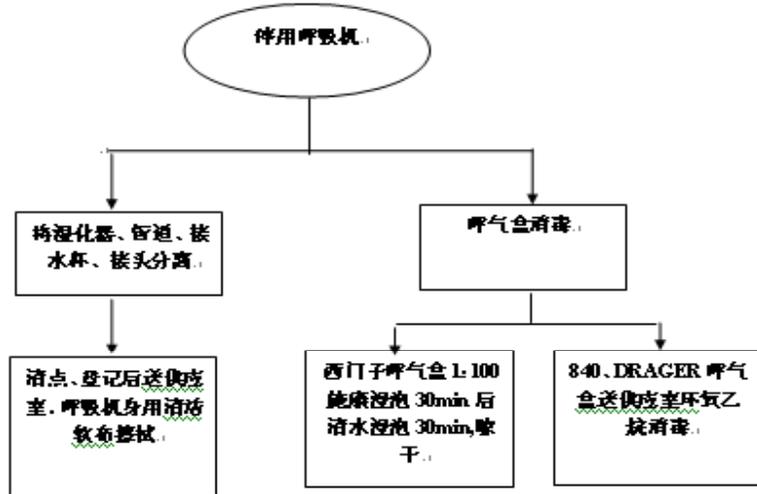


标准化 (三)

作业标准书 (三)

类别	<input checked="" type="checkbox"/> 流程改善	作业名称:	编号: ZYECUQCC-3
	<input type="checkbox"/> 提升质量	呼吸机终末消毒流程再	主办部门:
	<input type="checkbox"/> 临床路径	造	急诊监护室

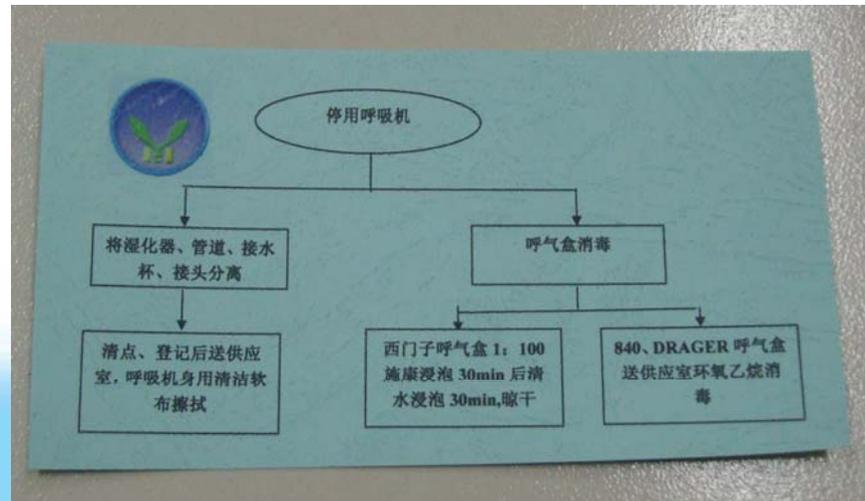
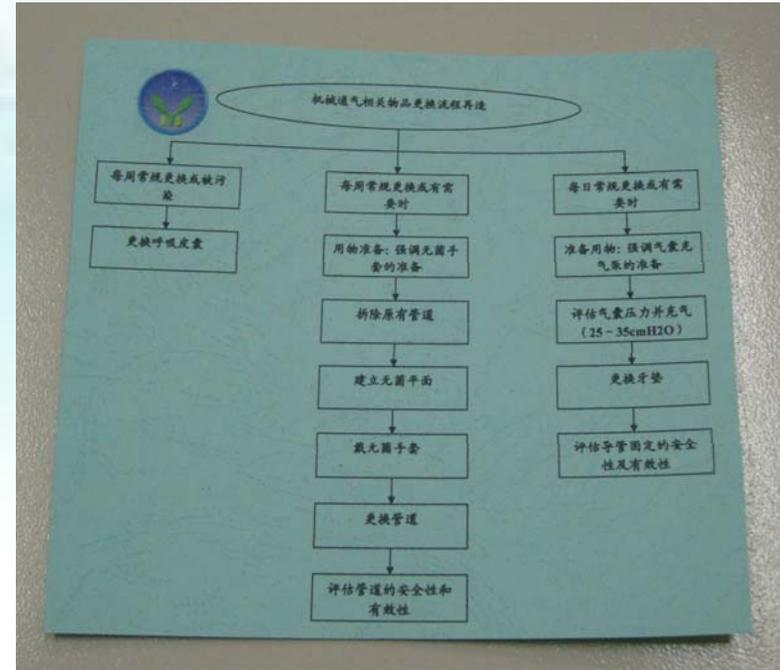
- 一、目的: 规范呼吸机终末消毒
- 二、适用范围: 急诊监护室所有工作人员
- 三、说明:
- (一) 作业流程



- (二) 作业内容: 流程再造, 强调呼气盒的消毒及方法

四、注意事项: 无

- 五、附则:
- 1、实施日期: EICU 于 2010 年 3 月 15 日正式实施。
 - 2、修订依据: 若工作流程有所变动, 则本标准随时修正。



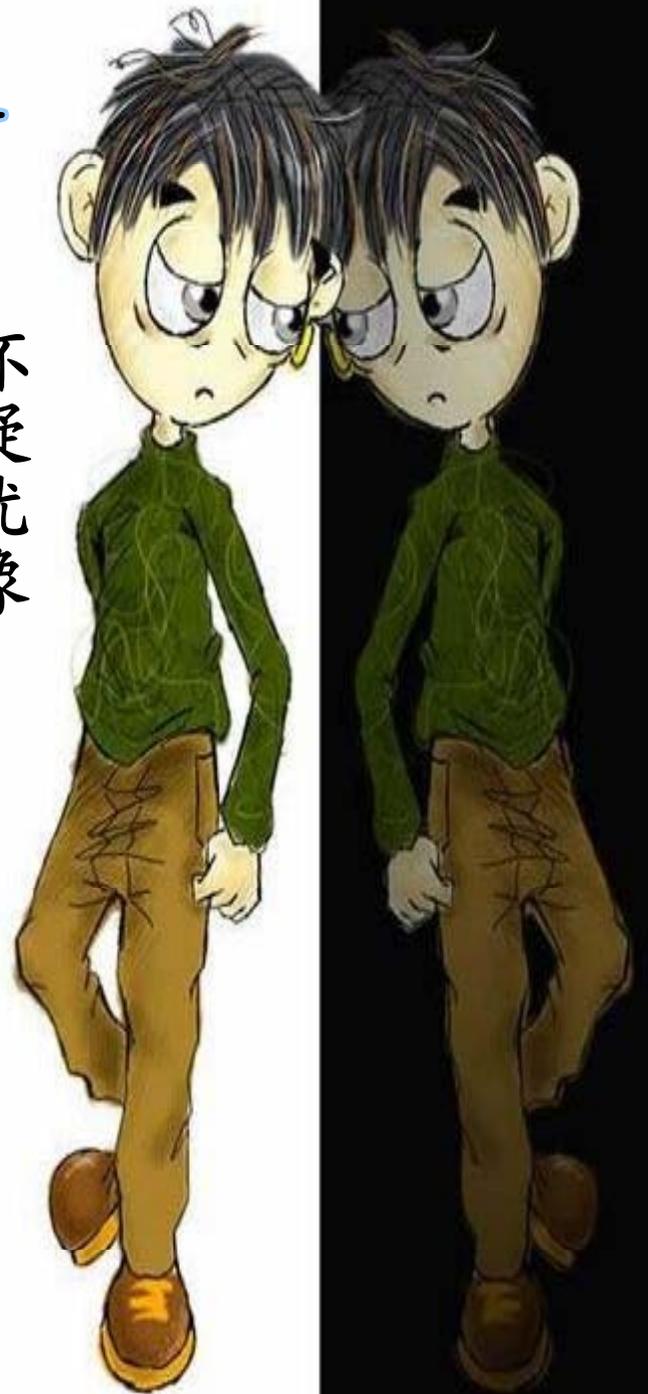


困难和挫折

过程重复



怀疑犹豫



困惑





采采荷花满袖香

收获

勇气 信心
品质 幸福



心若改变，态度就会改变
态度改变，习惯就改变
习惯改变，生活就会改变

以点点萤光，燃生命之火





感恩的心

