邵逸夫医院
SIR RUN RUN SHAW HOSPITAL,
COLLEGE OF MEDICINE,
ZHEJIANG UNIVERSITY

2017 年第四季度持续质量改进会议议程

会议时间：2018/1/4　13:30-17:00

会议地点： 报告厅

会议主席： 庄一渝副院长

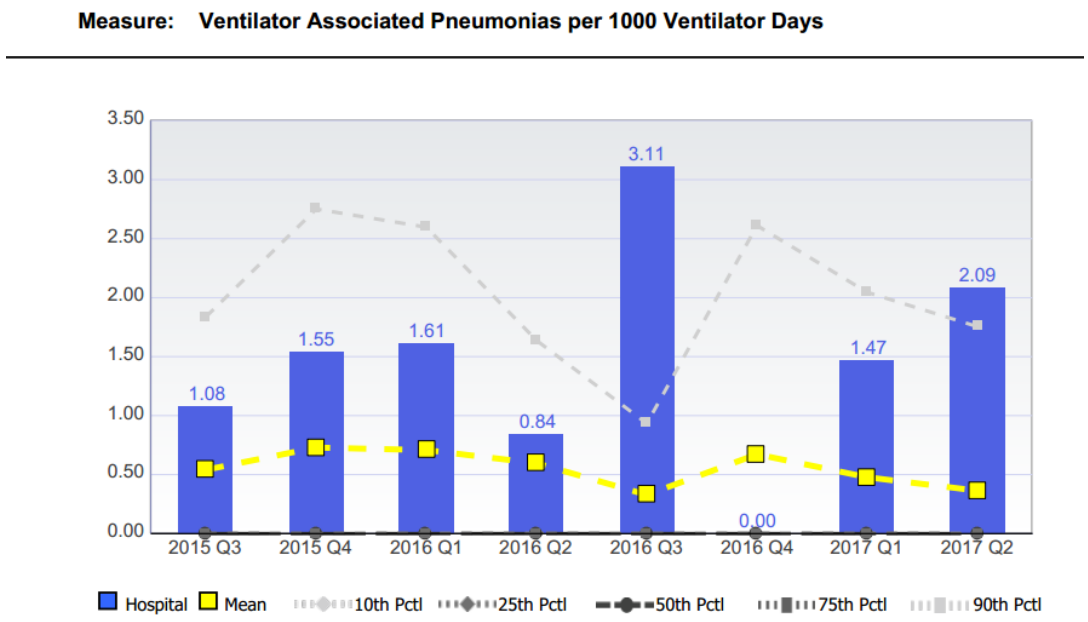
评委：杨丽黎科护士长、朱陈萍科护士长、项伟岚科护士长、秦建芬科护士长、徐玉兰护士长、周小波护士长、黄美丽护士长、胡宏鸯护士长、韦群护士长、金冬爱护士长、魏丽护士长

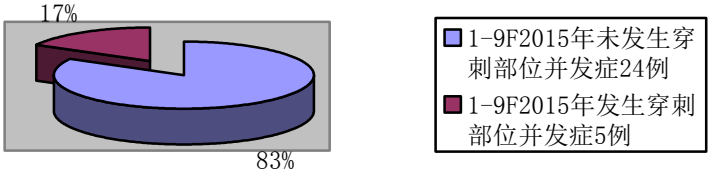
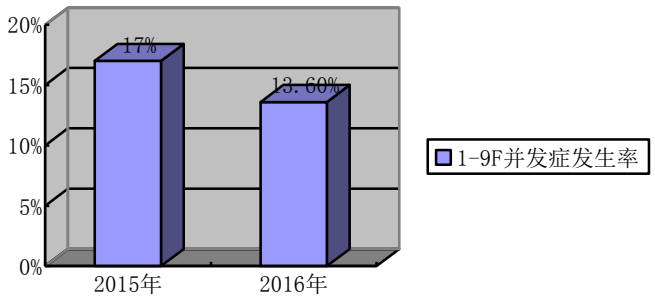
参加人员：全体护士长、护士代表

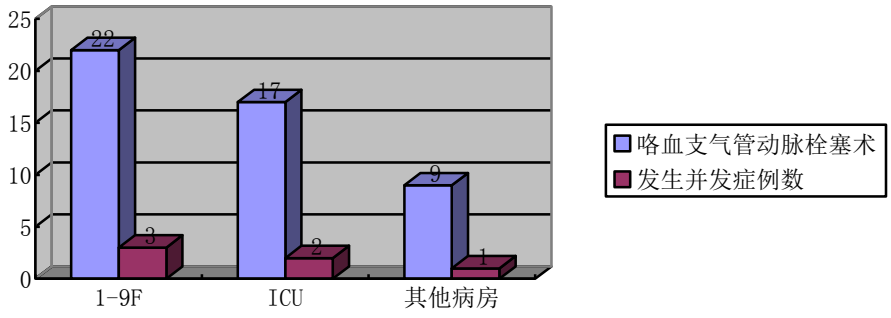
协调员：潘红英副主任、程丽丽、吴春俏

质量改进项目汇报

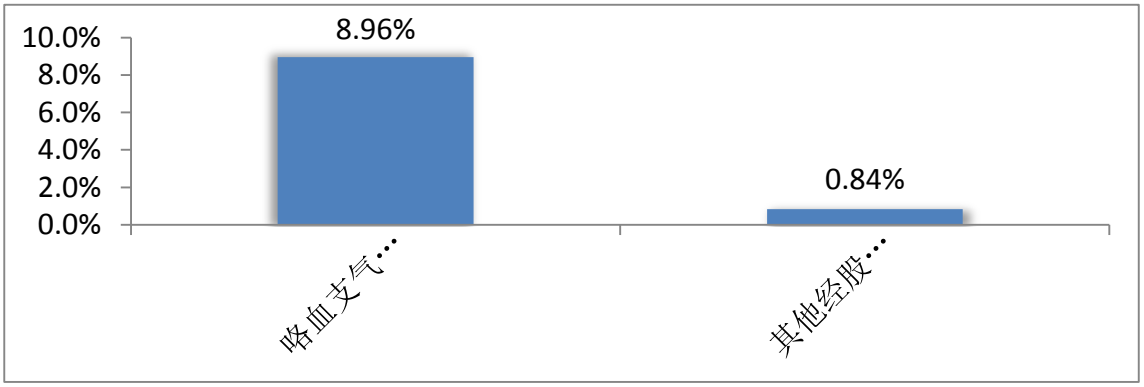
汇报先后排列	时间	楼层	项目名称	汇报人	得分
1	13:30-13:40	1-3F	品管圈：降低 VAP 发生率	周羽子	88.9
2	13:45-13:55	1-9F	降低咯血支气管动脉栓塞术后穿刺部位并发症的发生率	刘继平	79.5
3	14:00-14:10	ER（XS）	降低急诊病人留置胃管非计划拔管率	沈丽娜	77
4	14:15-14:25	1-8F	基于情景演练提高新护士上消化道大出血的床边抢救能力	刘凌云	82.9
5	14:30-14:40	3-13F	改进眼科病人日间手术流程	沈小美	83
6	14:45-14:55	619W	提高下沙普外科患者饮食的正确率	蒋啸筱	77.5
7	15:00-15:10	OPD(XS)	提高下沙院区门诊预约率	王洁宏	89.6
8	15:15-15:25	2-10F	降低肠内营养管堵管率	章丽姣	89.9
9	15:30-15:40	OR(XS)	手术室体位物品精细化管理	李超	73.2
10	15:45-15:55	供应室	两院区特殊单元复用器械集中化管理	何春风	76.6
11	16:00-16:10	612W	降低肿瘤内科置管患者非计划拔管发生率	刘小源	79.7
12	16:15-16:25	OPD	门诊注射室空间及流程改造	陈建萍	81.1
13	16:30-16:40	614W	降低心导管射频消融术后导尿管插管率	冯燕	80.7
14	16:45-16:55	2-5F	降低妇科病房蔗糖铁输注导致静脉炎的发生率	宋玲丽	81.5

科室	1-3F ICU
项目名称	降低 VAP 发生率
品管圈小组	周羽子、宫晓艳、张子文、王雪娇、陶伟剑 、张剑（ICU 二唤）、黄丽敏（ICU 质控护士）、邱文芳（呼吸科）、袁月华（院感科科主任）
时间	2017.8 月-2018.1 月
现状	
措施	1. 医生、护士、呼吸师分别进行 VAP 预防的相关知识培训； 2. 医生、护士、呼吸师全员参与降低 VAP 的品管圈活动； 3. 病区内醒目的位置张贴活动海报； 4. 示教室张贴活动海报； 5. 每台呼吸机悬挂预防 VAP 的小卡片，内容报告预防措施以及品管圈活动主题； 6. 圈内成员定期检查 VAP 预防措施的依从性。
结果	2017.7 月份至 2017.12 月份未发生 VAP
进一步改进计划	1. VAP 的预防是一项持续进行的质控项目，需要有可持续的改进措施，有些措施需要流程化；

科室	1-9F
项目名称	降低咯血支气管动脉栓塞术后穿刺部位并发症的发生率
CQI 小组	成员　　1-9F：王晓霞、魏焕、吴琼辉、杜建丽、董红华 呼吸内科医生：章锐锋 介入科医生：吴暇 介入科护士：杨咏梅 咨询顾问：血管外科杨进
时间	CQI 2016.1—2016.12　　回顾性病例对照研究 2017.1-2017.12
现状	1、2015 年 1-9F 咯血支气管动脉栓塞术后穿刺部位发生血肿或假性动脉瘤（超声诊断结果为依据）5 例，发生率为 17%。  2、文献查询 杜海泉报道[1]8 年间经股动脉穿刺插管行各种血管内介入治疗的 632 例共 91 次，发生穿刺部位血肿 11 例（1.2%） 杨业发等报道[2]5 年间对 5908 例肝胆疾病患者共经股动脉穿刺插管行介入治疗 10043 例次，发生股动脉穿刺处出血或局部血肿 211 例（2.1%） Hongxia Shao 等报道[3]8 年间 344 例支气管动脉栓塞术，5 例患者术后发生穿刺部位血肿（1.5%） [1].杜海泉.经皮血管内介入治疗并发症原因分析［J］.放射学实践,2003,19(2 期):131-132 [2].杨业发等.10043 例次经股动脉穿刺插管相关并发症分析［J］. 中国微创外科杂志, 2002, 2(5):335-336 [3].Hongxia Shao.Bronchial Artery Embolization for Hemoptysis: A Retrospective Observational Study of 344 Patients［J］. Chinese Medical Journal, 2015,128 (1):58-62
措施	1、 学习手术及止血方式 2、 患者制动、卧床时间 3、 与介入医生探讨 4、 加强护理评估 5、 加强护理教育 6、 监测控制血压
结果	1、 1-9F 咯血支气管动脉栓塞术后穿刺部位并发症发生率改进前后对比（未达到预期目标）  2、进一步数据查询结果：2016 年全院咯血支气管动脉栓塞术 共 48 例，血肿或假性动脉瘤发生 6 例



3、回顾我院 2012 年-2016 年庆春院区和下沙院区 5 年间介入科医生行经股动脉各种血管内介入手术共 3679 例，术后发生穿刺部位并发症（血肿或假性动脉瘤）48 例（1.3%），与文献报道发生率相近。垂体后叶素仅用于咯血支气管动脉栓塞病人，按咯血支气管动脉栓塞组合其他经股动脉介入组，咯血支气管动脉栓塞组并发症发生率为 8.96%，其他经股动脉介入组并发症发生率为 0.84%。

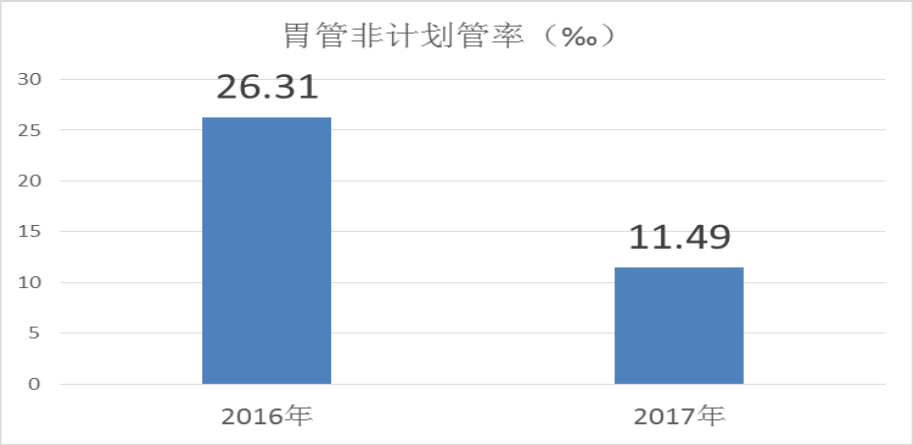


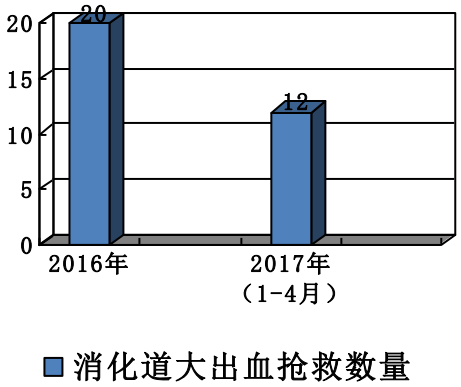
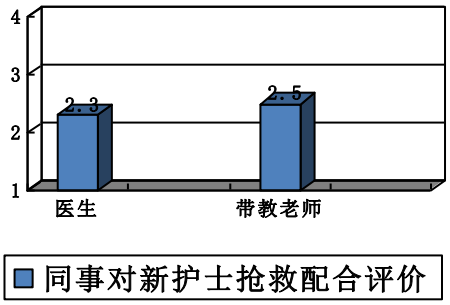
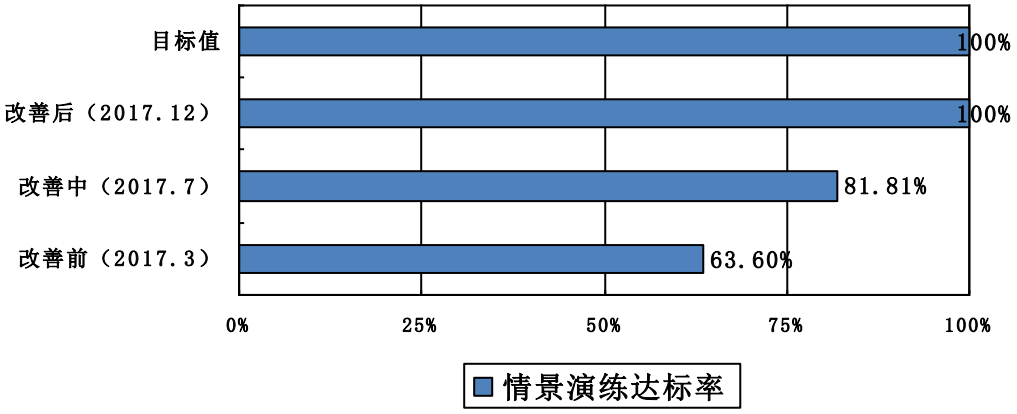
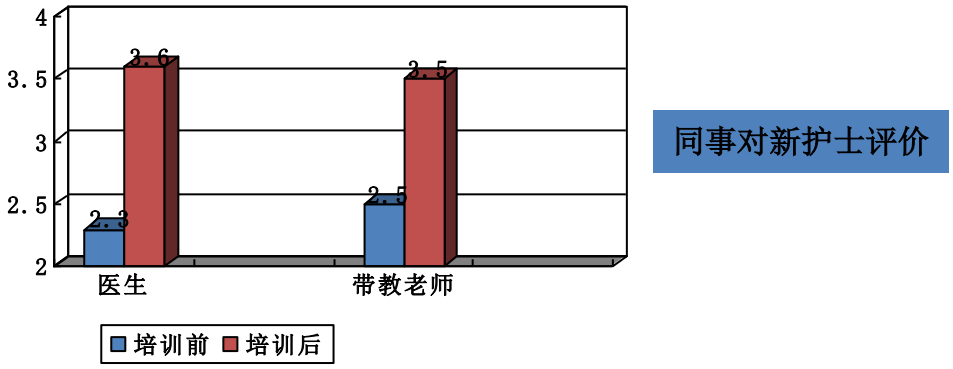
4、回顾性病例对照研究（血肿组、无血肿组）

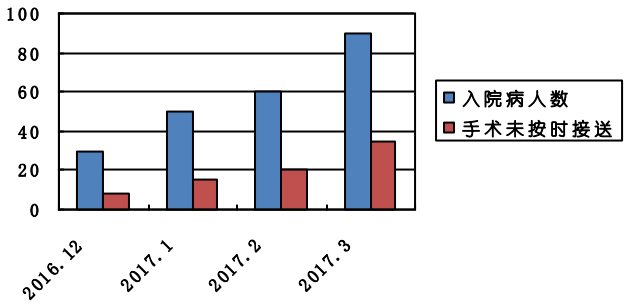
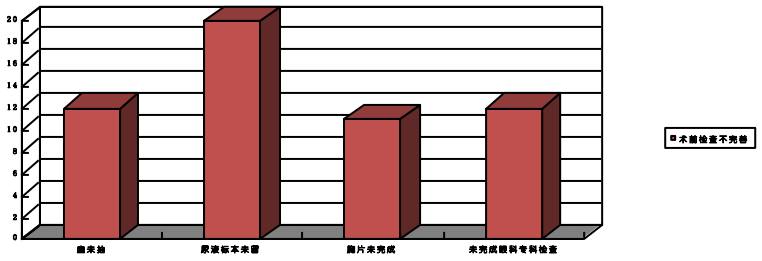
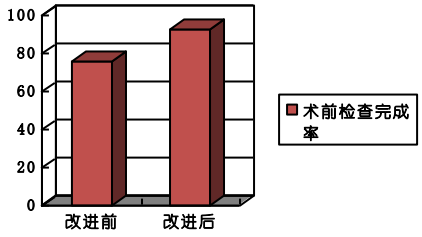
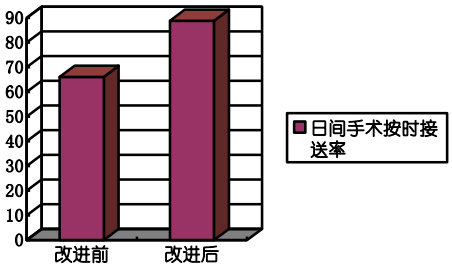
性别 年龄 术后止血方式 术前最后一次血压 术后第一次血压 心血管疾病 血液系统疾病 术前、术后垂体后叶素使用 术后垂体后叶素停用时间 并发症发生时间

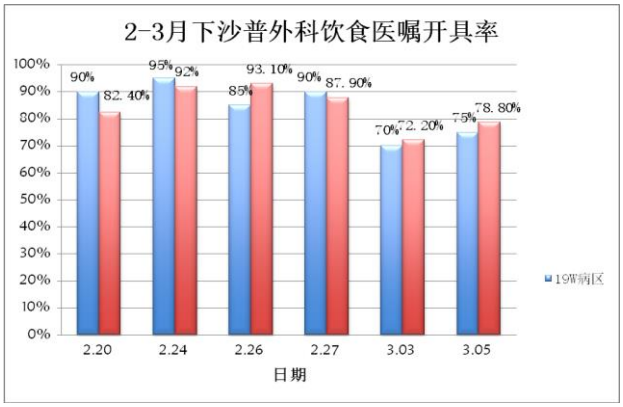
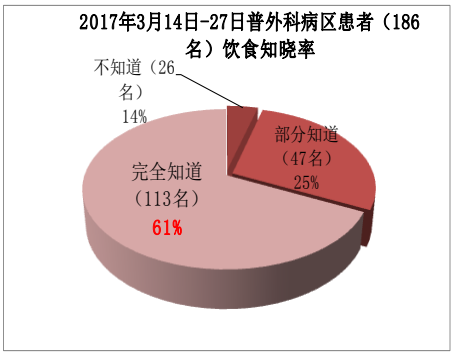
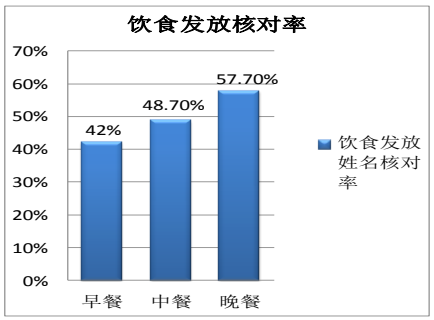
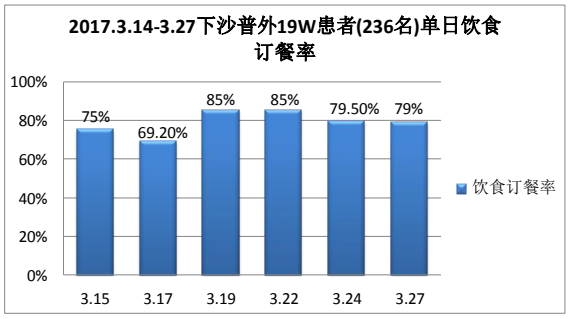
To achieve haemostasis after percutaneous common femoral artery puncture, the subjects were cured with VCDs or MC or MCD .However, of the 3679 patients , 333 patients' data were unable to get. 25 patients in the hematoma group were treated with VCDs , which was significantly higher than that in the non-hematoma group (52.08% vs 22.46%,p<0.001). Compared with 18 subjects(37.5%) in the hematoma group cured with pituitrin in perioperative period, only 138 subjects (3.8%) in the non-hematoma group applied this drug. The difference between these two groups was statistically significant(p<0.001).

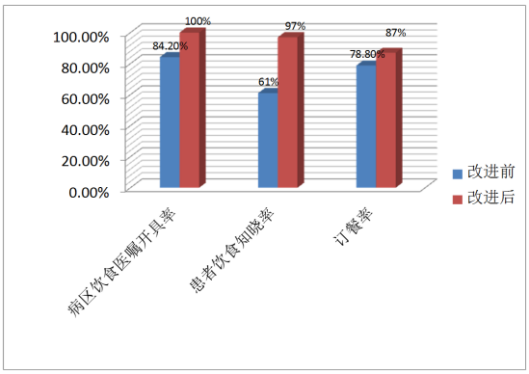
进一步改进计划	1、 进一步管理术后血压 2、 寻找垂体后叶素替代药物 3、 书写论文

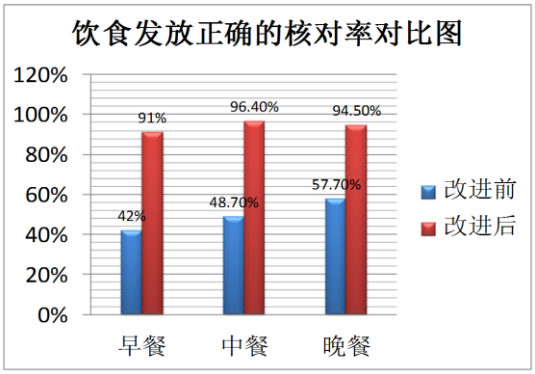
科室	下沙 ER
项目名称	降低急诊留置胃管非计划拔管率
CQI 小组	组长：沈丽娜 秘书：魏银芳 组员：李加芬、陈邵琴、吴倩、陈进敏 顾问：袁国萍 协作部门：IT 人员
时间	2017.1-2017.12
现状	1. 2016 年急诊非计划拔管有 10 例，其中留置胃管非计划拔管有 8 例，占 80%，2016 年留置胃管置管天数 304 天，胃管非计划拔管率达 26.31‰ 。 2. 胃管重置 4 例，重置率高达 50% 。 3. 急诊科病人多，周转快，护士对留置胃管的关注、护理、宣教不够到位，对必要性的约束不能执行到位。 4. 多为睡眠状态患者无意识拔管。
措施	1.规范化培训：标准化留置胃管及鼻贴固定方法 2.实施留置胃管拔管风险评估，并根据评估结果采取相应的预防拔管措施 低危风险：妥善固定，常规宣教 中危风险：重点宣教胃管的重要性，夜间约束或戴乒乓球拍手套 高风险：除以上措施外，固定时加用双套结，重点交接班，加强巡视 3.更换更加舒适的胃管材质，落实有效的口腔护理，提高留置后患者的舒适度 **4.**规范化宣教，提高患者及家属的依从性
结果	2017 年与 2016 年胃管拔管率对比  较 2016 年下降 56%
进一步改进计划	1. 重置率未达标，每日评估拔管指证，没有拔管指证的病人确保措施的落实 2. 对不同拔管风险程度的病人可以悬挂“提醒标识” 3. 拔管风险评估单电子化

科室	1-8F
项目名称	基于情景演练提高新护士上消化道大出血的床边抢救能力
CQI 小组	刘凌云、陆张聪、董小鸢、盛菊芳 曹卓娅 王珏 冯颖、刘培蓓 徐瑜 钱园园 郑霞(消化科医生)
时间	2017-4 至 2017-12
现状	 
措施	1. 建立消化道出血能力评价清单 2. 带教老师的规范化培训 3. 消化道大出血抢救流程的分工细化 4. 建立新护士上消化大出血应急教学流程
结果	 
进一步改进计划	持续开展此项目，持续不断提高新护士床边抢救能力 不断加强质量管理工具的学习及应用 下次争取做新护士专科其他急救流程的情景演练，比如重症胆管炎

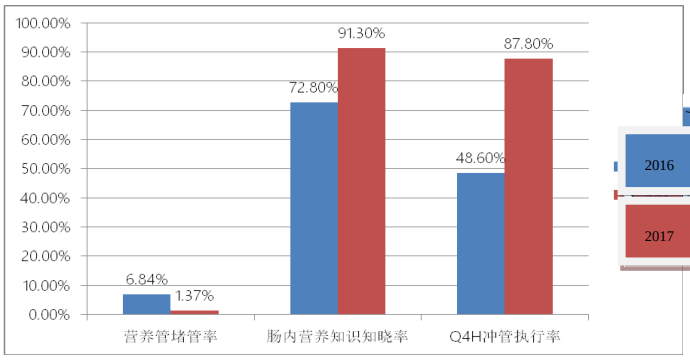
科室	3-13F
项目名称	改进眼科病房日间手术流程
CQI 小组	组长：沈小美　　秘书：陈凤榕 顾问：汪月忠、朱铭霞 眼 1：谢文加、眼 2：应露依　　床位协调处　其他人员：林燕琼、陈丽芬、陈云芬
时间	2017 年 1 月至 2017 年 11 月
现状	 日间手术准时接送率 66.08%。数据来源：230 例日间手术患者，78 例未及时送手术  术前检查完成率 78%。78 例未送原因分析，55 例因各类检查未完善导致。
措施	1 医生护士固定人员管理日间病人，不影响日常工作 2 床位协调处限定每日日间手术量，医生平均分配工作量 3 眼科出院尽量在 0900-0930 办完，让日间病人尽早入住病房 4 日间收治场所移至走廊，靠近移动护士站 5 术前检查提前完成（门诊） 6 专科检查集中在护理病史采集后进行 7 术前给药提前
结果	  术前检查完成率上升至 92%，手术接送及时率为 88%
进一步改进计划	1．在走廊收住病人，病人隐私得不到保护 2．仍有少量病人未完成术前检查 3．眼科日间手术护理电子病历需要简化 4．日间病人的随访及宣教工作需要进一步落实

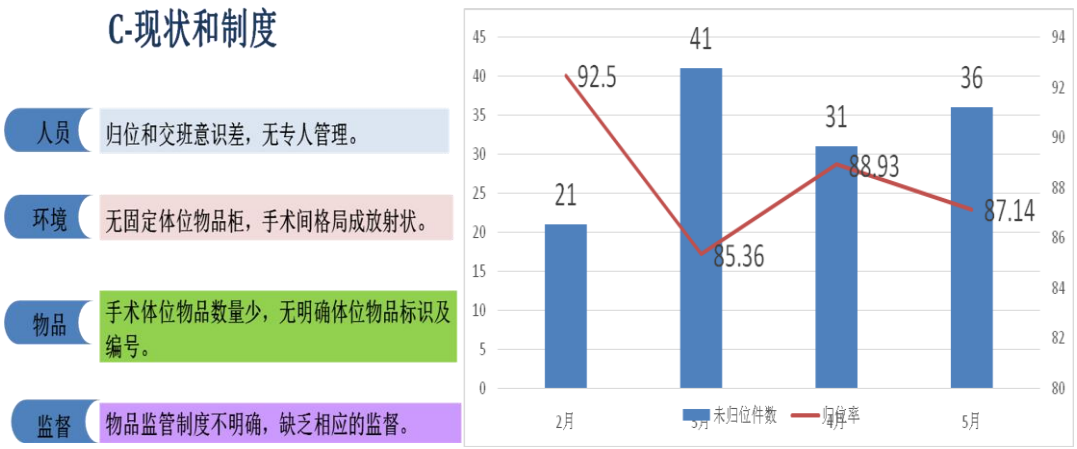
科室	619W
项目名称	提高下沙普外科患者饮食的正确率
CQI 小组	组长：蒋啸筱 顾问：杨斐敏 组员： 护士：沈宏丹、余虹、肖雅云、葛瑶、马红霞 医生：杨晓燕、冯吉 营养科：夏朝晖、楼层送餐人员
时间	2017 年 2 月至 2017 年 12 月
现状	一．饮食医嘱开具率低  数据来源：2017 年 2-3 月每周一、五、日普外科患者总共 610 名进行调查： 19W 病区饮食开具率 84.2% 下沙普外科饮食开具率 84.8% 二、患者对饮食知晓率低  三．饮食发放的正确核对率低  2017 年 4 月 10 日-30 日每周二、四、六， 19W 病区 256 名患者，送餐人员发放饮食时核对情况进行调查,发现送餐工人对饮食医嘱核对率高,对患者姓名核对存在随机性 四．病区订餐率低： 
措施	**一．提高饮食医嘱开具率** ➢ 医生:1. 护士长每月初对医生开具饮食医嘱的培训 2. 晨交班医嘱开具情况实时反馈 3. 微信群体醒 ➢ 护士:1. 辅班接收新病人后宣教院内饮食，通知主管医生开具饮食医嘱

<table>
<tr><td></td><td>2. 各责任组下班前查看交班纸上饮食医嘱开具情况
➢ 秘书：医嘱校对时关注有无饮食医嘱
二、提高患者饮食知晓率
1. 改变饮食宣教手段：统一使用 teach-back 方法+饮食卡+宣教手册
2. 护士培训、演练
三. 提高饮食发放的正确核对率
1. 对营养食堂工人发放饮食时正确核对的培训
2. 护士协助发放饮食
3. 患者饮食统一使用标签</td></tr>
<tr><td>结果</td><td>病区饮食医嘱开具率 100%，患者对饮食知晓率明显提高，订餐率达 87%达到目标，工人饮食发放能正确核对，核对率明显提高，结果如图。
 

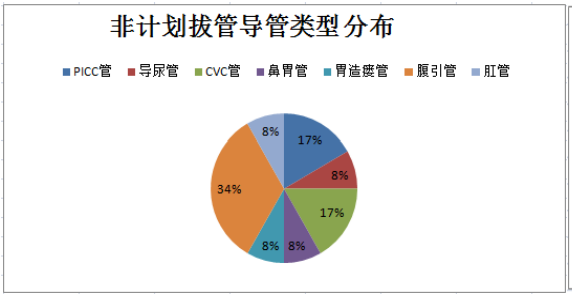
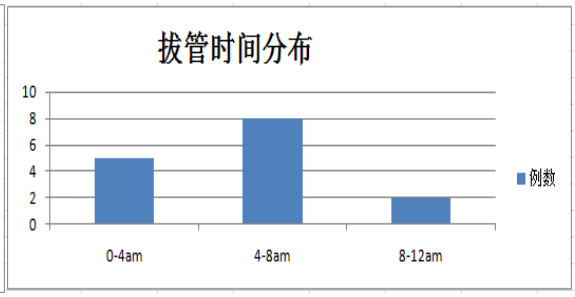

</td></tr>
<tr><td>进一步改进计划</td><td>1. 与 IT 合作从系统上杜绝饮食医嘱缺少的情况
2. 寻找和采用多样的宣教方式、宣教手段
3. 新同事对饮食相关内容纳入科内必须培训项目</td></tr>
</table>

科室	下沙门诊护理
项目名称	提高下沙门诊预约率
CQI 小组	王洁宏 、冯丽菲、张新琴 、朱晓秋 、朱佩佩 、张文娟 （IT ）、许晨（预约中心）
时间	2017.2—2017.10
现状	1、卫计委明确要求，三甲医院门诊预约率≥50% 。下沙院区目前预约率低于目标值，2015 年门诊预约 32.5% ，2016 年门诊预约率 44.7% 。 2、预约模式从“留号模式”到“分时段预约”到“选号预约”，预约途径从 2014.5 掌上邵院 APP——2014.7 支付宝邵医服务窗——2015 纳里 ——2016.11 邵医健康云平台上线。门诊预约方式随着智慧医疗的进程不断更新。 3、医护人员对现有预约流程、途径了解不全面。 4、对患者未开展常规预约宣教。 5、现有资料陈旧。 6、现有的预约流程急需更新。 7、预约率低，现场窗口挂号人数多，使患者候诊时间长，患者满意度下降。
措施	1、增加号源 。 2、改进门诊预约和就诊流程。 3、强化预约意识，科内组织培训 。 4、制作预约视频宣教片，在各诊间播放。 5、从细节做起，预约途径的指示随处可及。 6、加强人员配置，专人负责在候诊区域内一对一教会病人操作。统一宣教模板。 7、做好门诊预约之外的服务延升 ，如深掘服务号功能、维护就诊次序。
结果	1、2017 年 6 月至 10 月下沙门诊预约率 56.6%， 较 CQI 前上升 12%，预约量翻了近一倍。 2、2017 年专家门诊预约率 69.64%，普通门诊预约率 45.1%。 较 CQI 前，专家门诊预约率提高 4.4%，普通门诊预约率提高 14.5%。 3、改进预约流程 。 4、更新预约资料，增加视频资料。
进一步改进计划	1、持续提高下沙门诊预约率 。 2、降低爽约率 。 3、提高预约就诊患者准时率 。

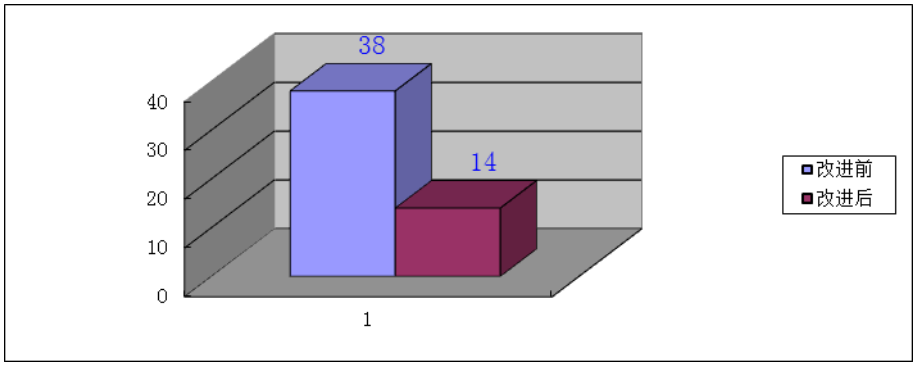
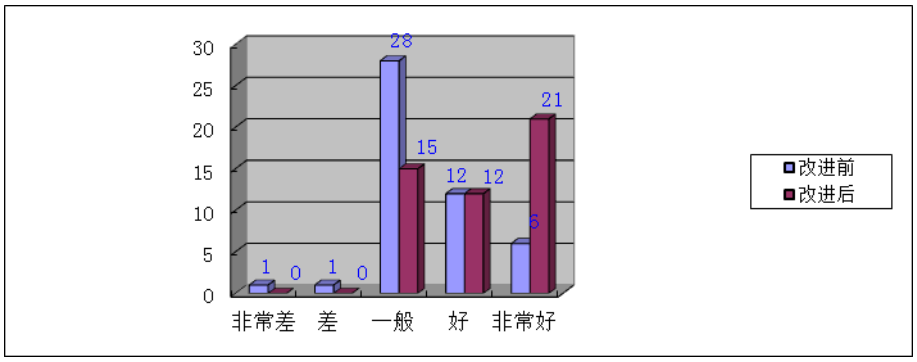
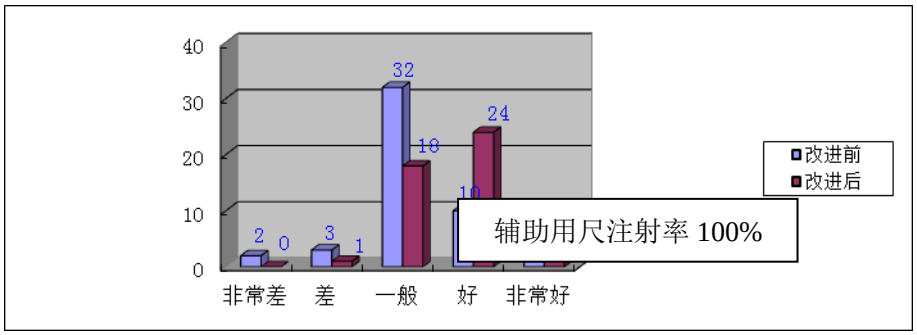
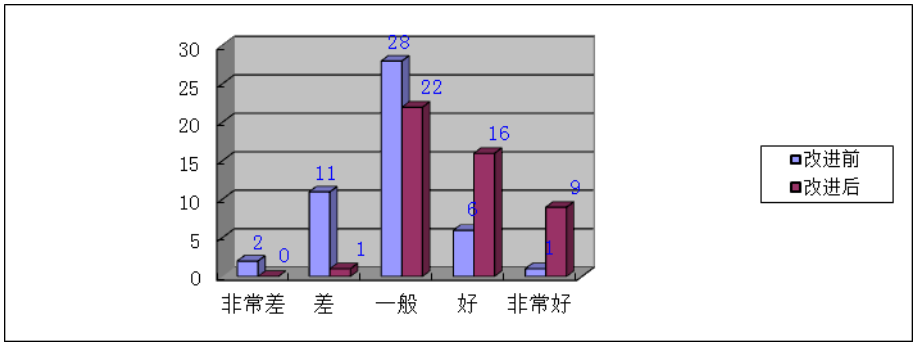
科室	2-10F
项目名称	胃癌术后患者肠内营养的规范性管理
CQI 小组	组长：章丽姣 协调员：李秀萍 组员：莫相颖、赵慧敏、赵夏英、沈娟燕、于卫华、严加费、冯丽君、石钊奇 顾问：汤磊雯
时间	2017-3 至 2017-11
现状	1. 中华肠内外营养学会指出对于不能经口摄食的患者，如在术后 24 小时内开始 EN，不但不会增加吻合口漏发生率，还能减少并发症发生率，减少住院时间。 2. 无肠内营养操作规范，冲管方式、冲管用水量、温度、间隔时间等还无统一标准。 3. 2016 年本科室采用 Q4H 冲管的护理方式营养管堵管率为：6.7%；国内外文献指出营养管堵管率为 3~35%。 4. 普外科 2-10F 护士对肠内营养相关知识的知晓率为：72.8%。 5. 抽样调查护士的营养管冲管执行率仅为 48.5%。 6. 国内外 RCT 示在肠内营养耐受性及并发症发生率方面营养泵控速滴注明显优于重力滴注，而目前医院营养泵的供给不能满足临床需求。
措施	1. 制定了肠内营养操作规范及视频并对科内人员进行考核。 2. 胃癌术后患者随机分为 A、B 两组， A 组采用温开水正压式冲管 30mlQ4H，B 组采用温开水 30mlQ4H 脉冲式冲管，脉冲式冲管方式为：冲 3ml 停 1 秒再冲 3ml，如此重复 10 次，比较其堵管率是否有差异。 3. 加强医护人员肠内营养方面，特别是评估方面的知识及培训，邀请冯丽君主任授课。 4. 对于肠内营养困境邀请营养科会诊，制定营养方案。 5. 制定了营养管堵管的处理流程表。
结果	***采用堵管处理流程，使营养管再通 4 例***  组别 / 脉冲式（n=34） / 正压式（n=39） 57.8±15.2 / 56.9±16.7 M/F 22/12 / 27/12 时间 10.4±0.39 / 9.8±0.67 率 2.94% / 10.26% ***虽然结果堵管率的P>0.05，可能与样本量或者其他改进措施的干预有关。但是脉冲式冲管的堵管率明显低于正压式，从META分析结果分析脉冲式冲管优于正压式。*** 组别 / 项目 / 2016年(n=117) / 2017年（n=73） / P 年龄 / 61.4±10.528 / 62.3±9.936 / 0.3874 性别M/F / 80/35 / 49/24 / 0.7251 置管时间 / 11.16±0.6730 / 10.41±0.3973 / 0.4093 堵管率 / 6.84% / 1.37%
进一步改进计划	何种评估模式在普外患者营养管理中的应用

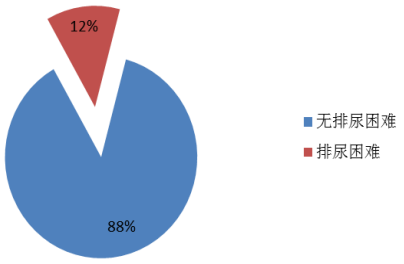
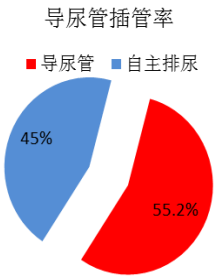
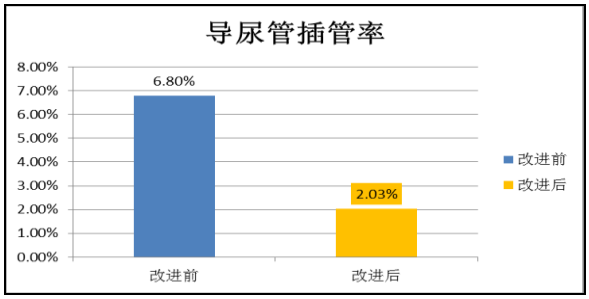
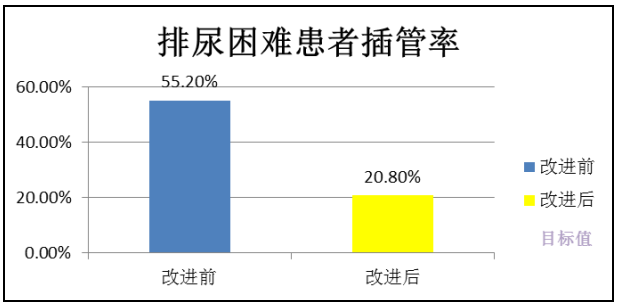
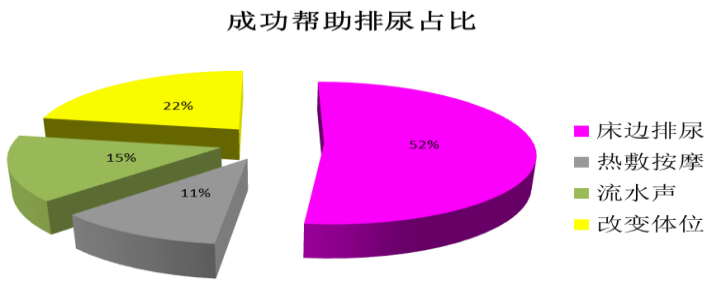
科室	下沙院区 OR
项目名称	手术室体位物品精细化管理
CQI 小组	组长：李超　　协调员：黄晓玲 秘书：李璐萍　　组员：寿小莹 唐晓霞 郑蕾 金妙佳 吴南 向德义 何琦琦 金玲 唐诗高 李娜 凌旭萍 蒋苗苗 蔡建树 马婷婷
时间	2017.1.1-2017.12.30
现状	2017 年 2 月到 5 月体位物品未归位总件数为 129 件，平均归位率未 88.48% 
措施	1.制作手术体位物品实物图 2.用显目的黄底打印防水标识代替原来的手写标识 3.制作详细条目的交班本，要求每次交班必须详细记录在案 4.制定专科化体位柜，每个房间选取负责人，负责房间内所有体位物品的管理与记录。护士长每周不定期抽查。增加监管制度，责任到人，以此来加强全科护士的归位意识。
结果	1. 2017 年 2 月到 5 月平均归位率为 88.48% 2. 2017 年 7 月到 10 月平均归位率 94.82%
进一步改进计划	1.与教育小组、压疮小组进行合作，在用物上制作体位用物的二维码，通过扫取二维码，可读取该用物的名称、放置位置、使用方法等信息。 2.与计算机技术合作增加定位装置，可有效帮助护士确认物品的位置，有助追踪。 3.增加手术仪器管理，划定区域。将仪器与体位物品等手术室内的财产进行统筹精细化管理。

科室	消毒供应中心
项目名称	两院区特殊单元重复使用器械的集中化管理
CQI 小组	组长：何春风　顾敏霞 顾问：祁海鸥　袁玉华　齐薛红 协调员：王亚娟 秘书：　杨西娟　吴振波 组员：　杨西娟　徐海萍　　李娜　郑燕瑜 　　吴英俊　姜红娣　梅陈丽　黄丞一
时间	201703 一 201710
现状	**未实行集中管理的部门** ▪ **庆春院区：** 1、部分门诊小手术器械 2、部分眼科手术器械 3、牙科器械 4、ENT 灭菌内镜 ▪ **下沙院区：** 牙科器械 、 ENT 灭菌内镜
措施	1.医务科组织，院感、护理部、供应室、门诊手术室、内镜中心讨论决定具体实施方案 2 .前期在人员未到位时由供应室负责全院相关科室的培训 3.新员工的招聘(下沙 2 庆春 4) 4.人员培训 5.手术室备用器械量的增加 6.场地改造、设备的添置 7.牙科器械的交接：牙科器械图谱的制作 、牙科器械清洗刷子的配备、气枪水枪 牙科塑封机的更换 、器械除锈处理 8.庆春门诊手术室护士长沟通与器械交接 9.眼科器械的接收
结果	全院重复使用器械 100%由消毒供应中心集中管理
进 一 步 改进计划	1.牙科清洗设备、灭菌设备添加牙科环境适当改造 2.牙科灭菌物品的质量追溯系统 3. 牙科器械的特殊性（牙科手机、各牙医专有器械） 4. 眼科精密器械的保养维护，降低损坏率

科室	下沙院区 612W
项目名称	降低肿瘤内科患者非计划拔管发生率
CQI 小组	组长：欧阳小苹　　协调员：吕小恒 秘书：刘小源　　组员：刘艳玲、胡佳佳、董燕燕、丁海燕
时间	2017.4.1-2017.10.30
现状	2016 年 612W 非计划拔管共 12 例，其中腹腔引流管的非计划拔管为 4 例，占 34%，PICC 管及 CVC 管的非计划拔管为 4 例，占 34% ，所有导管拔管后的重置率为：25%。2016 年度本科室的非计划拔管率为：1.05‰。  
措施	1. 加强引流管宣教的同质化（口头+书面） 2. 统一固定方式： a. 医生：缝线/思乐扣+薄膜贴 b. 护士：①学习管路固定相关进展 ②统一管路固定方式，加强管路固定的培训和学习 3. 规范更换贴膜的频率： PICC 管贴膜常规换药 QW----护士 胸、腹腔引流管贴膜换药 QW----医生 4. 如果发生贴膜松脱、卷边或穿刺点局部渗液问题，及时提醒医生予以更换贴膜。 5. 胸、腹腔引流管引流及治疗间歇期取下引流袋，予肝素帽固定封管。 6. 结合病情及治疗需要，建议医生尽早拔管。 7. 对于生活不能自理、神志不清的患者，要求家属 24 小时无间隙陪护。 8. 对于疼痛及神志改变的患者建议医生尽早干预。 9. 使用管道固定保护套或预防拔管措施： a. PICC 管使用线织网套或自制袜套 b. 神志不清有拔管风险的病人遵嘱使用约束具，或者乒乓球套。
结果	2016 年总置管日：11395，非计划拔管例数 12 例，非计划拔管率：1.05‰. 2017 年总置管日：8359，非计划拔管例数 8 例，非计划拔管率：0.96‰.
进一步改进计划	1. 完善科室管道高危患者管理制度。 2. 继续学习管道固定相关进展。 3. 医护合作，共同管理管道高危患者。

科室	普通门诊
项目名称	门诊注射室空间与流程的改进
CQI 小组	组长：朱力芬 辅导员/协调员：　沈富女 护士长、陈建萍护士长 顾问：潘红英 秘书：吴雪花 组员：倪林娟、吴柳花、金乐丹、郑婉青、王广月、冯哲 　　生殖科护士：闻国芬等、IT：叶进明、基建科：许嘉辉
时间	2017.2-2017.12
现状	1.随着门诊患者日益增加，注射量也在增长，目前已达 500 人次/天。而原门诊注射室面积仅 10 余平方米，工位 3 个，导致注射患者排队时间长，高峰时段排队人数高达 30 余人，等候时间超过 30 分钟，有时甚至长达 60 分钟。 2.注射室仅一间，男女患者注射时没有分隔，注射患者对隐私和总体满意度偏低。
措施	一、环境设施方面： 1.　在门诊区域寻找可利用的空间资源，确定设置在一楼西区通道内，面积增加至 28m^2。 2.　与基建科讨论设计注射室及操作台平面。 3.　增设了注射患者等候区增加计算机及注射工位。 4.　各个工位间安装隔帘。 5.　男女患者分别取号，分区注射。 6.　增加地标。 二、制度流程方面： 1.　与 IT 讨论设计自助叫号系统。 2.　增加自助叫号机。 3.　更新药物培训，制定注射培训清单及考核试题并进行考核。 4.　邀请生殖门诊闻国芬老师授课。 5.　安装自助取号机后，在门诊各部门进行学习。 三、人员方面： 1.　5 月起安排高峰时段增加 1-2 名护士协助注射 。 2.　11 月起注射室正式增加一名护士。 3.　调整 Part-timer 人员工作时间。

结果	注射等待时间：  医护人员关注隐私：  注射室舒适度：  注射室流程简便： 
进一步改进计划	1. 进一步在其他区域（喉镜检查及伤口换药区域）推广自助取号叫号系统。 2. 2017 年度，门诊注射给药错误共有 6 例，发生率偏高，有待进一步改进。

科室	614W
项目名称	降低心导管射频消融术后导尿管插管率
CQI 小组	冯燕 祝海香 吴缘 薛小慧 潘优 王静 陈启荣 钱楼青 林建伟、张培（心内科医生）
时间	2016-10 至 2017-10
现状	 2016.3-2017.3 总射频例数 1799 例，记录排尿困难 223 例，术后排尿困难发生率 12%  2016.3-2017.3 射频术后排尿困难 223 例,患者中， 123 例最终留置导尿管，导尿管插管率 6.8%导尿管插管率占排尿困难患者的 55%
措施	1. 减少尿液产生（术前排、术后减慢液体） 2. 改变体位（侧卧、低半卧位） 3. 医护有效按压穿刺点情况下扶患者床边使用坐便器 4. 完善宣教内容 5. 巡房时观察患者排尿情况 6. 患者排尿困难时对患者进行有效指导
结果	  
进一步改进计划	1. 继续降低目标值，收集相关结局指标 2. 纳入新入科同事的培训 LIST 3. 加强术前教育落实：采取视频及纸质双轨教育

科室	2-5F 妇科
项目名称	降低蔗糖铁输注的静脉炎发生率
CQI 小组	宋玲丽 赵林芳 吴卫利 杨丹丹 姚丹妮 范桂香 吴敏 徐文治（医生）王勤华(IT) 高艺 张盈
时间	2017 年 1 月—10 月
现状	➢ 女性是贫血的高患病人群，全球非妊娠期妇女贫血的患病率约为 30%[1] ➢ 据北京大学人民医院妇科的一项调查显示妇科病人术前贫血占 19.43%[2] ➢ 妇产科贫血患者**多为缺铁性贫血，**主要是由于妇科疾病失血丢失铁过多以及铁的需求增加如妊娠期等原因造成[3] ➢ 蔗糖铁注射液为一种新型静脉应用的补铁、纠正贫血的药物 ➢ 蔗糖铁注射液为多核氢氧化铁（III）-蔗糖复合物溶液，浓度较高，铁剂对血 管壁有较强的刺激性； ➢ 据文献报道：蔗糖铁输注导致静脉炎率 34%-41% [4][5] ➢ 2016 年本科共使用蔗糖铁 621 份； 2017 年本科室 1-3 月有 54 人次使用了蔗糖铁，共计 150 份 ，有 9 人发生了静脉炎，发生率为 16.7% ➢ 1 度静脉炎 5 例(9.3%) ➢ 2 度静脉炎 4 例(7.4%)
措施	1. 完善制度 2. 护士培训 静脉选择：首选前臂静脉，避开关节部位【1】 穿刺角度：不小于 15 度，进针速度宜慢【1】 外敷：喜疗妥（用药前使用）【4】 冲管：100mlNS 前后冲管，药物结束后 20mlNS 脉冲式冲管【1】 发现异常，及时更换留置针 评估细化，在使用前后进行评估 病人宣教 3. 医生培训：医生规范化开具医嘱： 溶媒：0.9%NS 浓度：0.9%NS200ml+蔗糖铁 0.2g 频度：QOD 冲管液：0.9%NS100ml
结果	**2017 年 CQI 结果分析** **数据时间** / **1 月-3 月(改进前）** / **4 月-9 月（改进后）** **蔗糖铁使用人数** / **54 人** / **103 人** **蔗糖铁使用分数** / **150 份** / **276 份** **静脉炎发生率** / **16.70%** / **2.90%** **一度静脉炎发生率** / **9.30%** / **2.90%** **二度静脉炎发生率** / **7.40%** / **0%** 1：静脉炎发生率从 16.7%下降到 2.9% 2：患者满意度： 4 月-9 月共电话回访出院病人 447 人次，对静脉管理的满意度为 100%。 3：.医生满意度:对规范化医嘱模板满意度 100%。
进一步改进计划	每月一次进行静脉留置针的质控检查（效期、固定、穿刺部位等） 医生加入主动静脉管理的队伍 思考：手术后留置针能否不拔？（术前喜辽妥干预）