

降低痰液檢體退件率



臺北榮民總醫院新竹分院護理部 <黃子芹、田曉芸、彭婉菁護理師>

前言

痰液檢體培養常用於診斷下呼吸道感染病原菌，然而痰液檢體中常混雜其他上呼吸道的菌叢(MYATT, 2017)，儘管如此，痰液檢體因其取得方便且具非侵入性，仍被廣泛應用於臨床細菌檢查中。檢體品質直接影響診斷正確性、治療決策與病人預後(DIKMEN, PINAR, & AKBIYIK, 2015)。若採檢過程不當，不僅可能導致重複採檢、增加病人不適與不信任感，亦提升醫護工作負擔與醫療成本(蔡、蔡, 2017)檢驗結果報告延遲，影響醫師治療及用藥依據，間接影響病人的照護與治療，增加病人住院天數，甚至危害病人安全，並降低病人滿意度。

因此，提升痰液檢體採集的正确性、降低退件率，是提升醫療品質與病人安全的重要課題(許、張、鄭、方, 2011; 陳、陳, 2013)。檢體退件除影響檢驗的時效與正確性，若護理與檢驗人員對退件原因認知不一致，也可能引發跨部門間的溝通衝突，進一步降低工作滿意度(PATRICE, 1994)。針對上述問題，探討檢體退件的原因與改善對策，以提升檢驗品質與團隊協作效率。

現況分析

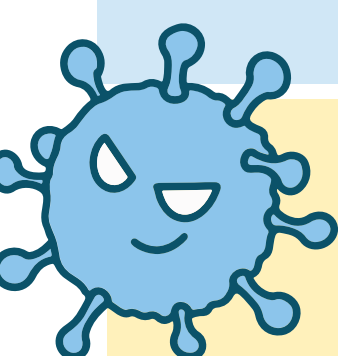
單位護理人員共有13位，年資>10年以上10人、10年以下3人。單位採用之採檢耗材有EO盒、抽痰取樣器、無菌抽痰管，由醫院供應室統一採購衛材，病房每週請領。

醫師開立痰液檢查，護理師協助病人留取檢體，意識清楚可配合患者予以說明如何留取清晨第一口痰液檢體，意識不清無法配合者以無菌抽痰方式留取。惟目前使用之痰液檢體瓶雖有外部容量標示，但痰液性質多為黏稠，常附著於瓶壁，造成難以清楚判斷是否達到建議檢體量(3 ml)。此外，透明無菌痰盒刻度不明顯，也影響判讀準確性。

護理師完成檢體收集後放入檢體箱，檢驗單放置檢體登記本，並登記病人基本資料及檢體項目，及檢體登記本上簽名，專責傳送人員簽收並送至檢驗科。若流程中出現如「檢驗單先登記但檢體尚未送出」的情況，加上傳送人員未依照規範比對檢體與檢驗單，就可能導致檢體遺失或僅送出檢驗單，產生退件風險。依據113年1月至4月統計資料顯示，單位共送出139件痰液檢體，退件共9件，退件率為6.5%。退件原因包括：原因(1)檢體不足:7件 (2)無檢體、只有檢驗單:1件(3)汙染:1件。

問題確立

- 一、護理師執行未依標準流程：未確實依循《**NCT07**抽痰法》與《**NCTM05**痰液標本收集法》執行。導致檢體量不足或標本汙染，影響檢驗準確性。
- 二、痰液檢體容器刻度不清：痰液濃稠附著瓶壁，刻度不易辨識。護理人員難以正確判斷是否達到**3ml**，易造成退件。
- 三、檢體與檢驗單傳送流程錯誤：傳送人員未確實比對檢體與檢驗單。出現「僅送出檢驗單、未附檢體」的錯誤情形。檢體遺漏或配對錯誤，影響檢驗流程與效率。



專案目的 → 痰液檢體退件率由 **6.5%** 降至 **1%**

解決辦法與執行過程

1.教育訓練與知識強化

1-1 內部宣導與啟動:5/6於護理長晨會與病房群組宣導退件率(**6.5%**)，說明問題嚴重性。強調正確的痰液收集標準、**3ml**採集量重要性。

1-2 實地操作查核:5/7小組與護理長會議研擬抽查策略。**5/8~5/31**抽查**13**位護理師是否依據護理部品管組技術規範操作。
護理部品管組技術規範:抽痰法、痰液標準收集法送檢方式。

1-3 流程標準化與一致性溝通:公告正確檢體採集與說明話術，使病人或家屬清楚配合。護理長不定期臨床查核操作一致性。

1-4 經驗交流分享制度:每季病房會議，鼓勵護理師交流實務挑戰與技巧。

2.檢體容器改進與輔助識別

2-1 標示強化:使用**EO**盒前將病人姓名標籤貼紙下緣對準**3ml**的位置貼上，或用奇異筆於**3ml**刻度線處畫標記，特別突出**3ml**的位置，輔助識別。

2-2 衛教病人:教導病人以標記為準確標準，自我檢查是否達量。

2-3 流程監控與創新回饋:護理長與單位稽核員每**2**週查核一次容器使用流程。設置匿名回饋機制，蒐集使用瓶器的建議與回應。

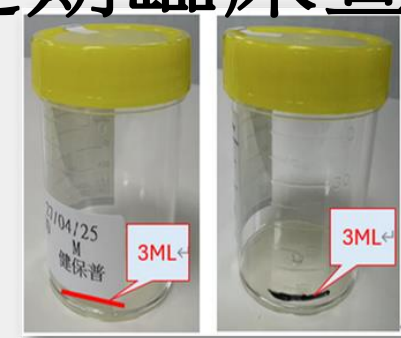
3.檢體傳送流程優化

3-1 加強外包商教育訓練:傳送公司辦理教育訓練，強化傳送人員認知，落實檢體與檢驗單配對核對標準流程。

3-2 雙重確認機制:留檢體後立即填寫檢驗單放入登記本，並於交接前再次核對。明確執行「檢體+檢驗單雙確認+雙簽名」，避免遺漏。

3-3 回報制度:護理長不定期抽查交接流程，並提供稽核結果給外包單位，作為改進依據。

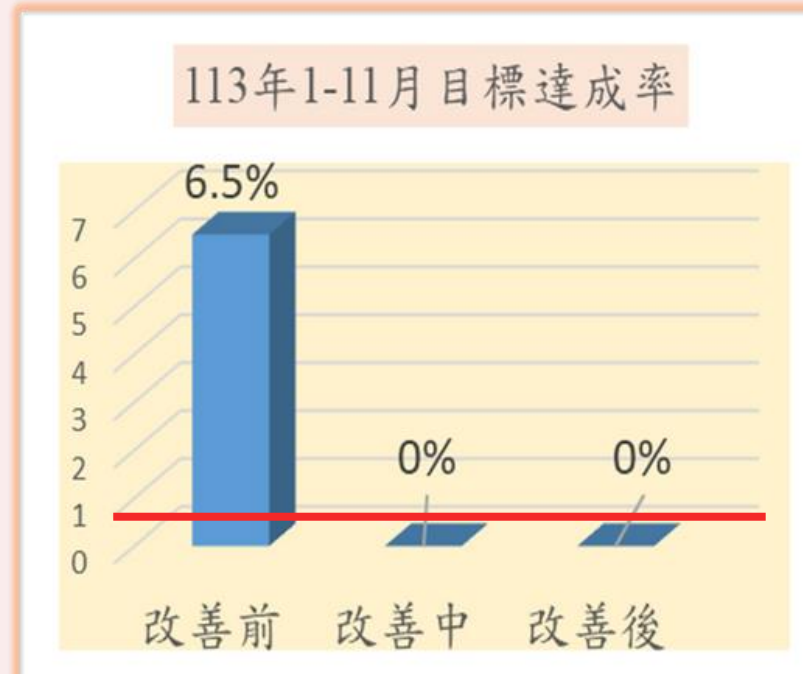
項目：NCTM05痰液標本收集法				
稽核日期：113 年 5 月				
稽核日期				
項目	稽核標準	稽核者	5/8	5/12
			黃子芹	田曉芸
稽核	1.洗手。	黃子芹	√	√
	2.核對醫囑與病人姓名、床號、病歷號。	黃子芹	√	√
	3.檢體量應達3ml之病人告知。	黃子芹	√	√
	4.無菌抽痰管病人檢驗後應將檢體之標本容器蓋，攜帶到病人單位。	黃子芹	√	√
執行	1.向意識清楚之病人說明目的。	黃子芹	√	√
	2.向意識不清之病人說明目的，需視痰液檢體如病人可以自行吐痰時，教導病人吐痰至痰盒內，若無法吐痰時，需由護理師協助，在旁邊時用力吸痰第一口痰吸入標本盒內。	黃子芹	√	√
收集	3.教導病人將痰液置入痰盒，勿混入其他物品，如漱口水、牙膏等置入口水。	黃子芹	√	√
	4.醫師病人已簽名及蓋章時或有其他者，可以無須提供檢體收集單或檢體法收集標本。	黃子芹	√	√



結果評估

- 一、持續監測痰液檢體退件率，每月收集以下數據：每月送檢總件數、每月退件數、退件率、退件原因分類：檢體不足、無檢體、檢體汙染。
- 二、**113年1-11月**痰液檢體退件率**0%**；痰液檢體退件率達成率**118%**；痰液檢體退件率進步率**100%**。
- 三、**5/8-5/31**抽查單位同仁痰液標準收集法以及傳送檢體標準準則正確性達**100%**，於**6/5**稽核結果已於晨會向全體同仁公布。
- 四、**8月3**及日**11月22**日病房會議分享，護理師對改善過程無提出異議與建議，現場無負向回饋，反映現行流程運作順暢。
- 五、護理人員對檢體瓶改進評價，對**3ml**標示設計表達肯定，無提出使用困難或改善建議，表示接受度高。

113年6-11月病房痰液檢體送檢及退件數		
年月份	檢體送件數	退件數
11306	39	0
11307	11	0
11308	16	0
11309	19	0
11310	22	0
11311	16	0



討論與結論

- 一、改善成果明確，流程標準化成效良好:根據感控室**113年1**月至**4**月數據，分析退件主因後，透過在職教育、流程修訂、稽核機制、衛教工具建立與檢驗科配合統計監控等措施，成功將痰液檢體退件率由**6.5%**降至**0%**，達到明顯改善成效。稽核持續進行，確保作業流程一致性並穩定維持照護品質。
- 二、列入標準化流程:對策中「痰液收集與傳送作業標準化」已驗證具成效，建議納入單位常規作業，列為持續執行之**SOP**內容。
- 三、團隊合作為關鍵推動力:小組成員通力合作，跨部門溝通順暢，是推動改善成效的最大助力。稽核制度的建立也提供穩定執行的支持，為流程落實的重要保障。
- 四、執行阻力與應對策略:執行最大阻力是改變同仁原有的工作習慣，經說明清楚事件緣由及重要性，強調病人安全與檢驗正確性的重要性，提升同仁認同及參與意願，進而願意配合改變與持續執行。