



# 降低透析病人血管感染率

1顏惠雯、2鄭彥慈、3游盈儀、4莊佩蓉、5徐玉珊、6蔡雅婷

彰化基督教醫療財團法人林基督教醫院 血液透析室

## 前言/目的

血流感染的風險，人工動靜脈瘻管AVG大約是自體動靜脈瘻管AVF的2倍，隧道袖口是自體動靜脈瘻管AVF的10倍，臨時的雙腔導管發生血流感染是自體動靜脈瘻管AVF的20倍。造成血液透析導管相關血流感染的風險因子包括：病患及醫療人員衛生觀念不佳、之前得過管路血流感染、最近曾住院、管路使用時間較長、透析劑量不足、血清白蛋白低、糖尿病患者，以及免疫功能不全患者等。維護良好功能的血管通路，也需病人與家屬的維護。血管通路的檢查與評估，護理人員必須使用正確的技術和設備，而嚴格遵守無菌技術與穿針過程對預防感染是很重要的。患者平常個人衛生習慣的養成及通路肢體的皮膚清潔，是維護通路安全的重要原則。

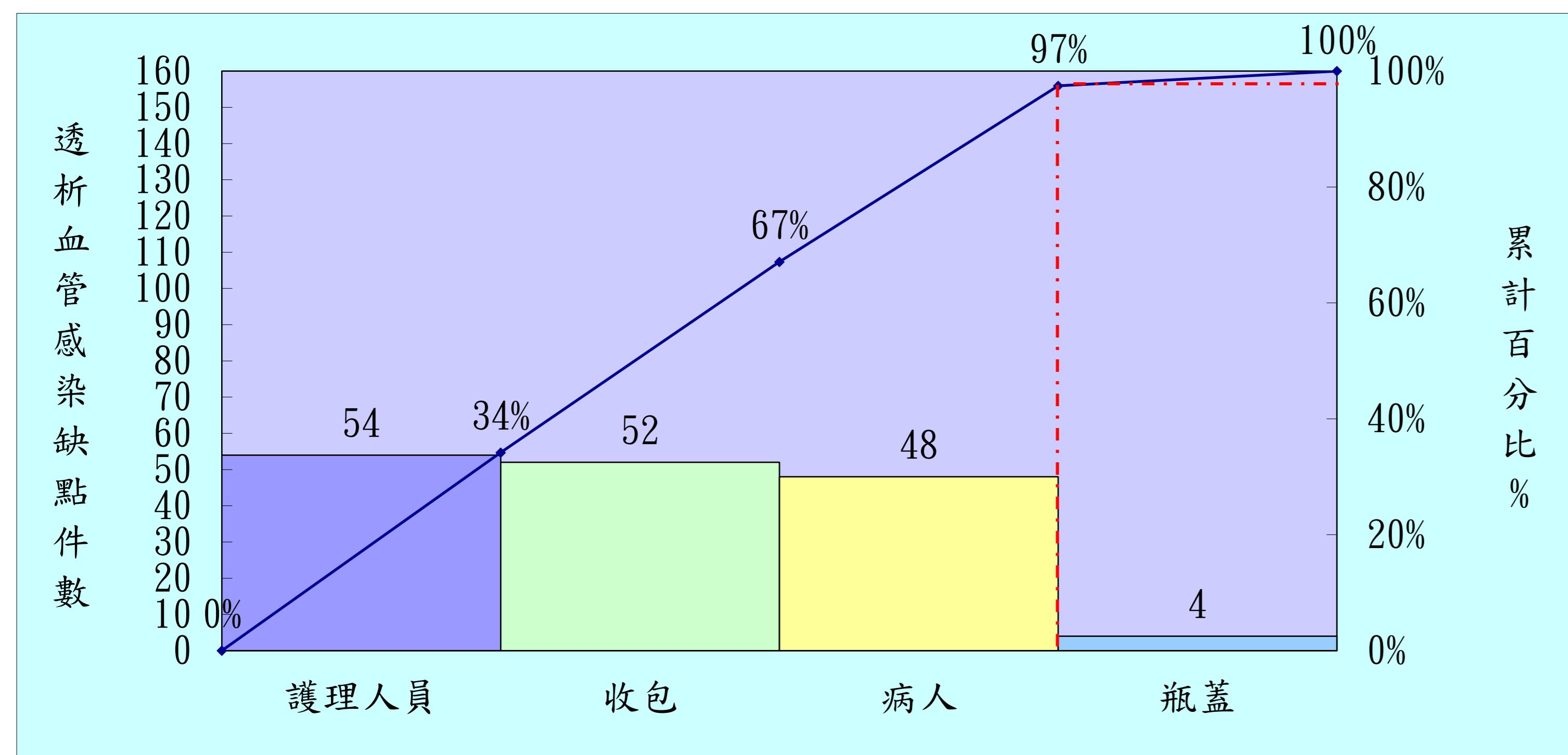
## 現況分析、對策擬定

### (一) 現況分析：

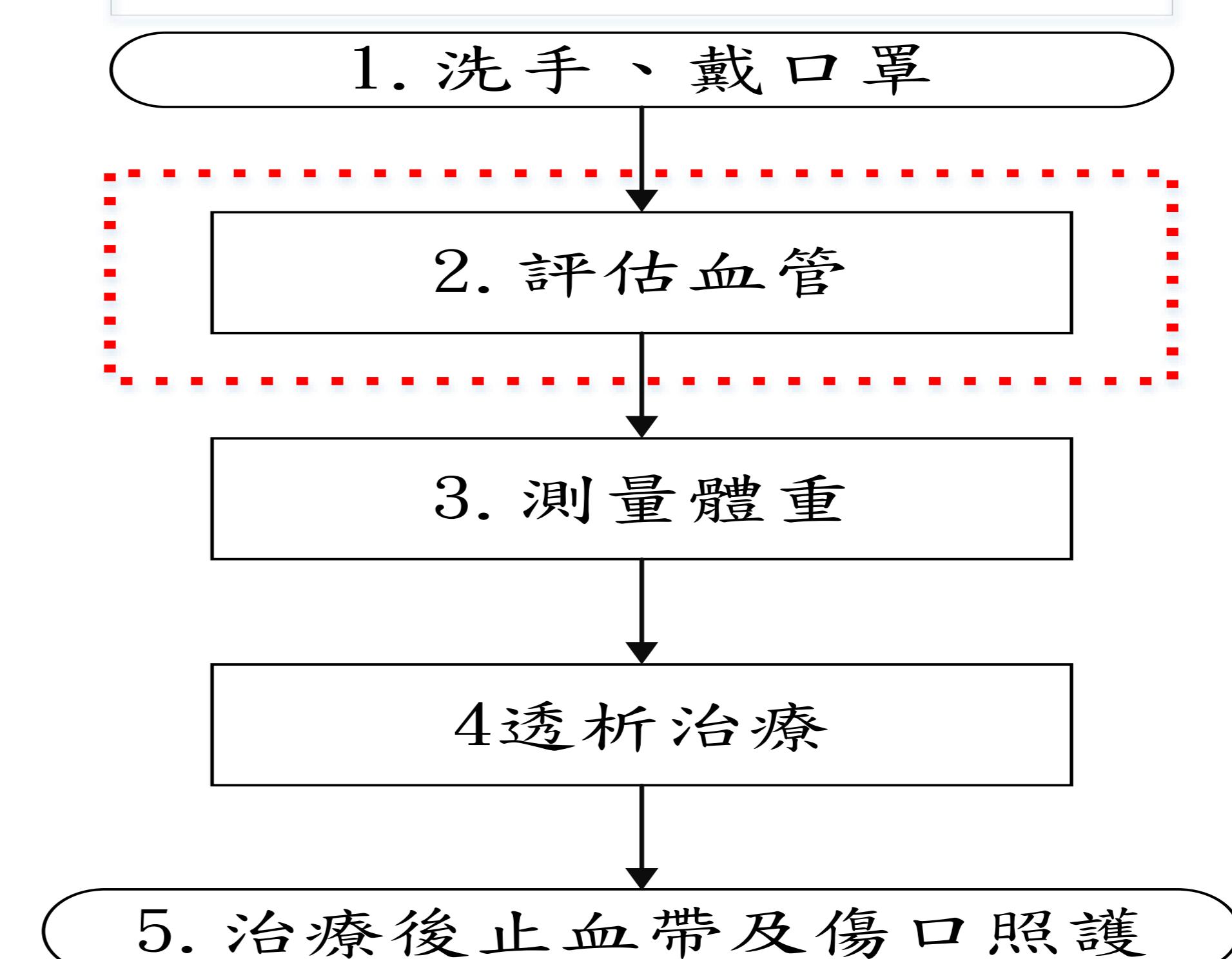
專案實施期間檢視單位內透析動靜脈瘻管感染患者。改善前透析病人血管感染率：感染人數/當月透析使用血管人數為3.34%，檢視單位內透析動靜脈瘻管感染患者原因，分別為：護理人員未正確執行護理技術、病人透析前未洗手、收包過早製作、消毒瓶蓋未正確放置，依80/20法則確認為重點改善項目，彙整出以下柏拉圖。

預估改善幅度=柏拉圖改善重點\*預估改善圈能力=97%\*70%=68%。

目標值=改善前實績\*(1-預估改善幅度)=3.34%\*(1-68%)=1.07%。



血液透析室病人透析流程圖



### (二) 對策擬定

#### 對策一、宣導正確執行無菌技術

對策實施：進行在職教育上課。利用開會時間排定時間進行導讀，單位技術考核列為必考項目，新進人員必須通過此項技術考核才能通過試用期，每月排定人員進行審核。

#### 對策二：宣導正確製作收包的時間

對策實施：執行於開會時間導讀SOP及加強宣導。每月排定人員進行審核，與教育組協調後進行在職教育上課。與單位主管及QA組討論後。

#### 對策三：廣播宣導上機前清潔瘻管

對策實施：安排進行團體衛教上課。製作洗手海報放置等待區，在新病人流程中加強清洗血管宣導，利用廣播系統提醒病人清洗血管的重要性，每個月衛教時加強清洗血管重要性的宣導。

#### 對策四：宣導正確放置消毒瓶蓋

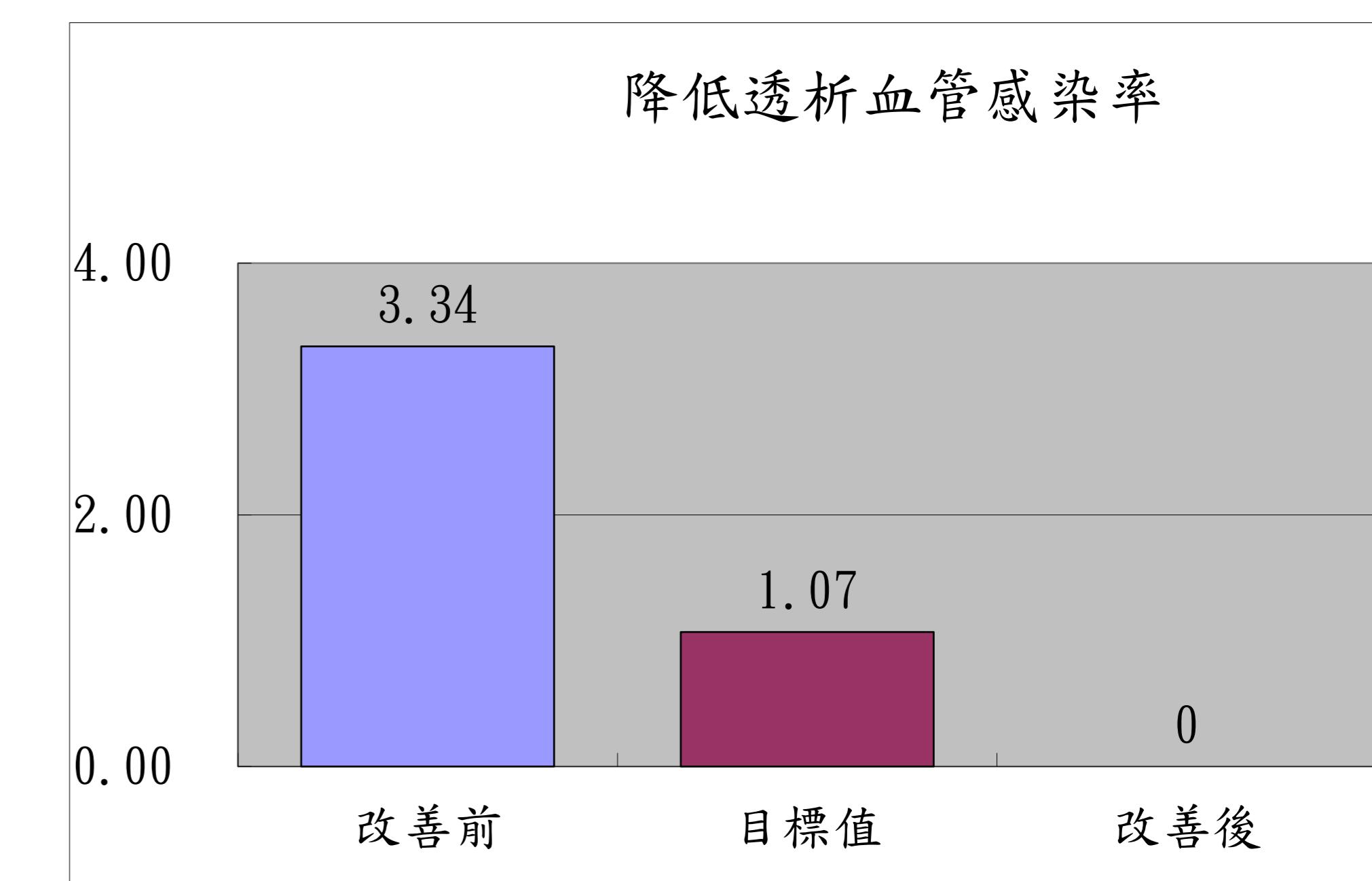
對策實施：與教育組協調後進行在職教育上課。利用下午開會時間進行導讀，每月排定人員進行審核。



## 成效、結論

### 對策執行成果：

- 稽核動靜脈穿刺技術缺點率改善前：5.64%，改善後：1.9%，針對未改善的部分，定期或不定期稽核的方式了解護理人員進行動靜脈穿刺技術於教學後的實際情況。
- 稽核收包過早製作缺點率改善前：6.05%，改善後：2.44%，針對未改善的部分，定期或不定期稽核的方式了解護理人員製作收包的實際情況。
- 稽核病患透析前未洗手缺點率改善前：5.55%，改善後：2.44%，針對未改善的部分，定期或不定期稽核的方式了解病人透析前洗手衛教後的實際情況。與教育組協調後進行在職教育上課。利用下午開會排定時間進行導讀，與單位主管及QA組討論後。每月排定人員進行審核。
- 目標達成率：經團隊藉由品質改善手法介入改善，達成率=(改善前-改善後)/(改善前-目標值):
$$(3.34-0)/(3.34-1.07)=147\%$$
進步率=(改善前-改善後)/改善前:
$$(3.34-0)/(3.34)=100\%$$



經本圈進行對策實施改善，降低透析血管感染率、團體衛教活動及護理人員技術考核等，已於113年10月01日水平推展血液透析室常規執行。

彰化基督教醫療財團法人林基督教醫院 製