

FOCUS-PDCA循环在医共体基层缺铁性贫血规范诊治中的应用研究

王炜 张征帆 俞晓明 郑冬梅 张义东

缺铁性贫血是我国最常见的贫血性疾病,绝大部分患者分布在基层农村和社区,但基层医疗局限于改善贫血症状,对祛除病因和持续规范治疗未引起足够重视。20世纪90年代,美国医院组织创建了FOCUS-PDCA (find-organize-clarify-understand-select-plan-do-check-act)模式,以持续改进质量^[1]。本医共体牵头医院血液科及职能科室自2017年12月起使用FOCUS-PDCA指导下属5家基层医疗卫生机构规范诊治缺铁性贫血,改进效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年1月至2018年12月医共体下属5家基层医疗卫生机构(3家卫生院、2家社区卫生服务中心)缺铁性贫血门诊患者192例设为干预组,其中男性61例、女性131例;年龄1~87岁,平均年龄(32.29±26.41)岁;贫血程度:轻度168例、中度及以上24例。选择2017年1月至2017年12月缺铁性贫血门诊患者166例设为对照组,其中男性50例、女性116例;年龄2~88岁,平均年龄(37.06±25.35)岁,贫血程度轻度146例、中度及以上20例。两组患者均符合入选标准:①诊断缺铁性贫血患者,诊断标准参照血液病诊断及疗效标准(第三版)[2]。②知情同意,愿意参加本次研究。并剔除:①由恶性血液病等其他原因引起贫血者;②重大躯体疾病急性期者;③精神障碍者。两组患者在年龄、性别、贫血严重程度比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组采用常规管理工作。干预组在

对照组的基础上采用FOCUS-PDCA对缺铁性贫血诊治进行管理,具体如下。

1.2.1 F阶段,发现问题 对照组2017年缺铁性贫血治疗总有效率仅77.71%,低于李春霞、周德明、刘燕等^[3-5]报道。

1.2.2 O阶段,成立持续质量改进小组。医共体成立缺铁性贫血持续质量改进小组,由血液科主任担任组长,局医政科负责人及质管科成员担任质量改进小组顾问,成员由血液科骨干、护士长,5家基层医疗机构分管医疗负责人组成。

1.2.3 C阶段,明确现行流程和规范存在主要问题

①基层医生对缺铁性贫血诊疗指南不熟悉,未根据临床诊疗指南完善相关检查、鉴别诊断,未查明缺铁的病因。②基层医疗机构缺少常见贫血临床诊断流程,缺少规范的缺铁性贫血诊治流程。③基层医疗机构未开展骨髓常规、胃镜、肠镜等相关检查,查明缺铁原发病存在困难。④基层医疗机构口服补铁药不统一,大多数只有一种药品。⑤患者缺乏贫血相关健康知识,未定期来院复诊,未治愈就停药。⑥缺少医共体内缺铁性贫血双向转诊流程,转诊流程不顺畅。⑦未对基层开展缺铁性贫血情况进行有效监管。

1.2.4 U阶段,根本原因分析 从人、机、料、法、环、测六方面,对缺铁性贫血治疗总有效率低的原因进行分析,找出根本原因为:①基层医生缺乏缺铁性贫血规范诊治知识;②双向转诊流程不顺畅,③患者对缺铁性贫血知识了解不够。

1.2.5 S阶段,选择改进方案 ①建立基层贫血临床诊断流程及缺铁性贫血治疗流程。②开展缺铁性贫血规范诊治适宜技术培训与考核。③强化连续医疗服务中心职能,完善缺铁性贫血患者双向转诊流程。④加强缺铁性贫血患者与重点人群健康

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.001.022

基金项目:湖州市科学技术局项目(2017GY62)

作者单位:313200 浙江德清,德清县武康健保集团人民医院血液科(王炜、张征帆),质管科(郑冬梅),科教科(张义东);德清县卫生健康局医政科(俞晓明)

宣教。⑤统一基层医疗机构铁剂目录,增加口服铁剂品种。⑥对拟诊缺铁性贫血患者开展铁蛋白检查,有条件基层单位独立开展铁蛋白(快速)检查。⑦对基层定期开展缺铁性贫血诊治情况检查指导。

1.2.6 P阶段,计划阶段 结合前期调研发现问题,针对根本原因,制订整改计划,拟在2018年12月前将缺铁性贫血治疗总有效率提高至90.00%。

1.2.7 D阶段,实施阶段 根据计划,通过以下三大方面加以改善:①加强培训与患者教育:分批对5家基层单位开展缺铁性贫血规范诊治适宜技术培训与考核,对妇产科医护人员进行《妊娠期铁缺乏和缺铁性贫血诊治指南》集中培训;血液科统一制作缺铁性贫血患者宣教资料,对门诊病人进行健康宣教;妇产科定期开展门诊宣教、孕妇学校等多种形式健康教育;医共体与图书馆联合开展公众宣教项目,对社区居民进行缺铁性贫血健康宣教。②完善流程,规范诊疗:完善贫血临床诊断流程、缺铁性贫血治疗流程;统一开展铁蛋白等外送检查;完善基层医疗机构药品目录,增加口服铁剂品种;口服铁剂不能够耐受或治疗效果不佳者予蔗糖铁静脉铁剂治疗;血液科定期下基层指导缺铁性贫血诊治。③双向转诊,互联互通:血液科明确缺铁性贫血双向转诊指征;医共体进一步加强连续医疗服务中心职能,完善双向转诊平台,将贫血原因不明,治疗效果不佳患者转到牵头医院,将诊断、治疗方案已明确患者转回基层医疗机构。建立缺铁性贫血持续质量改进小组微信群,按卫生行政部门要求加快信

息互联互通,开通纳里医生线上会诊。

1.2.8 C阶段,检查阶段 持续质量改进小组定期下基层,将5家基层医疗机构贫血病人门诊日志、血常规、铁蛋白检查汇总表、铁剂使用汇总表及双向转诊表情况进行汇总,统计铁蛋白检查率、原发病诊断率、治疗总有效率,发现问题及时反馈。

1.2.9 A阶段,处理阶段 小组定期评价,指导常见贫血临床诊断、缺铁性贫血治疗、完善医共体内双向转诊及纳里医生会诊等各项流程,规范缺铁性贫血患者管理,总结有效经验。将改进过程中不足之处、未解决的问题、新出现的问题转入下一轮循环,制定计划不断提高质量。

1.3 临床疗效 参照《血液病诊断及疗效标准(第三版)》的疗效标准,治愈:临床症状完全消失,血红蛋白恢复正常,血清铁蛋白恢复正常($\geq 50 \mu\text{g/L}$),缺铁的病因消除;有效:临床症状好转,血红蛋白至少上升 $>15 \text{ g/L}$;无效:治疗4周后血红蛋白较治疗前上升 $\leq 15 \text{ g/L}$ 或下降^[2]。治疗总有效率=(治愈+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。治疗4周后比较两组铁蛋白检测率和原发病诊断率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者临床疗效和铁蛋白检测率、原发病诊断率比较见表1。

表1 两组患者临床疗效和铁蛋白检测率、原发病诊断率比较/例(%)

组别	n	临床疗效				铁蛋白检测率	原发病诊断率
		治愈	有效	无效	总有效		
干预组	192	134(69.79)	39(20.31)	19(9.90)	173(90.10)*	159(82.81)*	154(80.21)*
对照组	166	88(53.01)	41(24.70)	37(22.29)	129(77.71)	61(36.75)	106(63.86)

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,开展FOUCS-PDCA后,干预组患者的总有效率高于对照组,差异均有统计学意义($\chi^2=10.36, P<0.05$)。干预组患者的铁蛋白检测和原发病诊断率均明显高于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=79.75、11.98, P 均 <0.05)。

3 讨论

FOUCS-PDCA通过9个步骤实施,从发现问题、分析原因、提出改进措施到对实施的效果评价,达到阶梯式的质量持续改进^[1]。近年来,FOUCS-PD-

CA在急性白血病化疗管理^[6]、弥漫大B细胞淋巴瘤化疗管理、蔗糖铁合理使用等血液科常见疾病诊治方面广泛应用,医疗质量得到持续提高。

缺铁性贫血是基层最常见的贫血性疾病,发病率高,影响人群广。基层缺铁性贫血规范诊治涉及多单位多部门,需要多方沟通协作,共同管理。前期本医共体选派专家下基层进行适宜技术、全科规范化培训,建立连续医疗服务中心,加快信息互联互通等措施提高基层诊疗与管理能力,但仍存在基

层临床医生诊治能力不足、忽视原发病诊断与处理,疑难患者转诊不方便、患者依从性不高、缺乏贫血知识等不足,患者缺铁性贫血治疗总有效率、铁蛋白检测率、原发病诊断率不高。本次研究基于FOUCS-PDCA模式成立持续质量改进小组,小组成员使用质量管理工具找到基层医生缺乏缺铁性贫血规范诊治知识、双向转诊流程不顺畅、患者对缺铁性贫血知识了解不够为根本原因,共同讨论制订整改方案:在医疗技术方面开展缺铁性贫血适宜技术项目、基层医生全科知识培训、考核与指导,提升基层诊治能力;在完善检查流程方面统一外送标本检查流程,建立区域影像诊断中心等,为临床决策提供有力支持;在用药管理方面统一药品目录,统一采购配送,增加基层用药品种;在管理方面下派挂职副院长协助管理,开通云诊室、纳里会诊平台完善双向转诊流程,并进行质量管理、医疗核心制度培训,开展持续质量改进项目及竞赛等,提高基层管理能力。小组结合实际工作,重点实施开展缺铁性贫血规范诊治适宜技术项目,改善双向转诊流程、加强健康教育等内容,并定期指导督查。本次研究结果显示,FOCUS-PDCA应用于缺铁性贫血患者整改措施有效,铁蛋白检测率、原发病诊断率、总有效率均明显高于对照组(P 均 <0.05),治疗效果与李春霞、周德明、刘燕等^[3-5]报道类似,达到预期目标。

综上所述,FOCUS-PDCA模式是一个持续质量

改进模式。FOUCS-PDCA应用于医共体基层缺铁性贫血规范诊治能明显提升了基层缺铁性贫血患者的铁蛋白检测率、原发病诊断率、治疗总有效率。医共体充分利用医疗资源,提高基层医疗水平,提供连续医疗照护的作用也得以体现。回顾目前仍存在部分缺铁性贫血患者未早期发现,基层医生缺铁性贫血诊治水平不一,部分患者缺铁原发病未明确等问题,需在随后工作中不断完善落实相关流程、制度,进一步提高原发病诊断率、治疗总有效率。

参考文献

- 1 Ellen LR. Applying FOCUS-PDCA to solve clinical problems[J]. Dimensi Critical Care Nurs, 1999, 18(1): 30-35.
- 2 张之南, 沈悌. 血液病诊断及疗效标准(第3版)[M]. 科学出版社, 2007: 6-9.
- 3 李春霞. 不同补铁途径治疗缺铁性贫血的临床研究[J]. 中国实用医药, 2013, 8(36): 117-118.
- 4 周德明. 多糖铁复合物胶囊和硫酸亚铁片治疗缺铁性贫血的临床疗效比较[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(3): 48-49.
- 5 刘燕. 右旋糖酐铁口服液治疗小儿营养性缺铁性贫血的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(9): 53.
- 6 卢喜玲, 杨孟丽, 陈春晓, 等. 基于PDCA的护理管理模式在急性白血病化疗患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(36): 4428-4432.

(收稿日期 2019-06-06)

(本文编辑 蔡华波)

· 信 息 ·

《全科医学临床与教育》杂志社微信公众号开通通知

2019年8月起,《全科医学临床与教育》杂志社全面开通“全科医学临床与教育杂志社”微信公众号,实现与在线投稿系统同步,主要包括投稿审稿(我要投稿、专家审稿、稿件追踪、投稿指南、缴费指南)、期刊在线(当期目录、过刊浏览、总目录)、本刊资讯(期刊介绍、编委会、期刊动态、关于我们)。欢迎广大医务人员、教育学者关注并投稿!

《全科医学临床与教育》编辑部

