手术室专科护士资质准入与维护手册的设计与应用

Access qualification of professional nurse and the design and apllication of maintenance manual

周娅颖,曾 俊,程 勤,王 莉 张玲琳,廖建梅 (第三军医大学西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 手术室;专科护士;资质准入;手册设计
[中图分类号] R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0547-02

护理专业分工越来越细化,作为特殊护理单元的手术室,其工作特点决定了对护士专业素质的要求必须日益提高,而如何作好手术室护士的专科资质准入培训,并将准入培训与继续教育有效地捆绑和衔接,以持续保障手术室护理质量与医疗安全。我院在近年的手术室护士准入培训中,自行设计“手术室专科护士资质准入与维护手册”(以下简称“手册”),融培训、实践记录、资质维护为一体,应用于 116 名手术室专科护士的资质准入培训与资质维护中,取得了较好效果,现报告如下。

1 维护手册的设计

手册封面设为长 18 cm,宽 12 cm 的软面耐磨皮抄封面,将院标设置在左上角,中央区为手册名称,下方落款培训及签证机构名称,封面以深蓝色为基调,显得庄重而美观、耐磨实用,手册共 24 开 48 页,分为基本信息、资质准入培训考核档案、准入证书、资质维护档案等 4 部分内容。手册的扉页为护士的基本信息,包括彩照粘贴处、姓名、性别、出生年月、文化程度、毕业院校及手册编号等。

2 培训的具体实施

参加手术室专科护士准入培训者应取得护士执业资格证,具有 1 年的临床护理工作经验,身体素质、心理素质较好,还必须具备较强的团队意识、灵活应变的能力及较强的沟通能力等。通过培训熟悉手术的环境布局,各功能区域的划分,洁净手术室的管理及手术室各种设备物品的定位放置。胜任手术室各班护士职责,掌握手术室各项规章制度、专科理论知识及专科护理技能,并了解各种应急预案的处置及职业暴露的处理、护理相关的法律法规、医院感染控制等。培训周期为 6 个月,根据培训计划和大纲,实施专人带教、专项培训、阶段考核、专科护士资质准入考核等。理论与实践交互进行。采取入科测评,依据测评结果设置培训项目及阶段性考核评价,每月组织一次师生双向沟通会,了解学习进展,促进教学相长。以 2008 版《手术室护理学》[1]、《手术室护理学》、《实用手室护理学》、《消毒技术规范》、《手术器械图谱》等为培训依据。

手术室护理工作准入必须掌握的内容:①手术室环境布局,通过多媒体讲解及现场观摩了解手术室的建筑、布局要求,洁净手术室的分区、管理及常用设施设备的使用;②手术室核心制度包括手术室的管理、消毒隔离制度、手术室护理工作内容、手术患者的安全核查制度、器械物品清点制度、离体组织的管理、仪器设备的使用管理、无菌器械及物品的管理、手术护理文书的填写、术中输血用药制度、各种手术的应急抢救预案、医疗废物的处置规定等;③护理技能包括现场示教外科手消毒、建立和整理无菌器械台、穿脱遮盖式手术衣、戴无菌手套、倾倒无菌溶液、穿针引线、传递手术器械及用物、手术野消毒铺巾、手术体位安置等;④相关知识包括护理法律法规、消毒技术规范、麻醉恢复期护理等。每阶段学习结束,对参训者做理论或技能测评,未通过者教学责任人加强辅导,直到通过为止。

采取一对一专人带教,在理论培训课后即投入实践工作,即学即用的教学方式利于受训者的强化记忆,同时也激发了她们的学习兴趣,还可通过实践量化记录,了解受训者的学习进展、实践学时、出勤情况等,为日后的继续教育提供参考依据。

3 培训效果的评定及资质维护

培训周期结束,采取理论与技能考核,通过护患沟通能力、护理文书记录评价、岗位实践应对能力。自我评价、培训教员评价、科室意见及手术室专业学组的意见,评定是否通过手术室专科护士的资质准入,评定未通过者不可从事手术室护理工作。通过手术室专科护士的资质准入培训,理论考核达 60 分,技能考核达 85 分,技能实践达 720 学时,参与手术配合达 160 台次,综合评定成绩优秀者为考核合格,可获得手术室专科护士资质准入,可在我院手术室从事护理工作。

手术室专科护士资质维护,每 3 年验审一次,要求参加验审的护士必须取得手术室专科护士资质准入证书。并连续在手术室护理岗位工作满 3 年以上,3 年累计获得学分 18 分以上,参加手术室专业学术活动达 12 学时,通过手术室专业学组理论考试、技能考试成绩合格,经院专业学组评审通过,可继续从事手术室护理工作,并优先推荐参加省部级手术室专科护士培训。参与资质维护的护士必须掌握手术室护理工作范围及特点。

4 讨论

手术室专科护士资质准入与维护手册的使用,明确了各层次护士的培训目标及培训内容,培训部分通过入科理论测评,有针对性地进行系统培训和临床实践,培训内容、实践学时及培训时间的限定,增加了护士的学习紧迫感和压力感,可加强护士主

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405036
[收稿日期] 2013-04-11 [修回日期] 2014-05-25

动学习、主动实践的意识,以此促进护士快速转换角色,适应手术室护理专业的发展[2]。该手册的使用规范了手术室专科护士的资质准入培训与资质维护,并将培训项目、实践记录、考核、总结与评定、专科护士资质准入证及专科护士资质维护档案融为一体,制成一本,便于使用与保管,该手册预计可记录 10 年的继续教育项目,能详细的记录参加培训的内容,不但为单位和个人提供准确的培训依据,也客观准确的记录该护士在手术室护理专业方面的成长历程,同时也促进了手术室护士的学习。

我国目前无独立的手术室护理专业,手术室护理的相关理论与技能被融入《护理学基础》和《外科护理学》的科目中[3],2005 年卫生部启动了手术室护理师资培训项目[4],但其覆盖面仅限于大型医院的少数护理骨干,多数医院手术床位与护士比例达不到 3∶1,繁忙的临床护理工作使医院无力支持护士外出学习,而手术室护理工作专科性较强,具有较高的风险性、需持续跟进外科学发展,介于以上原因多数医院的手术室专科护士准入培训仍然需要医院自行解决。在缺少系统理论和实践的支撑下,该手册不失为在职手术室护士继续教育提供了一种方法。

[参考文献]

[1] 朱 丹,周 莉. 手术室护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:130 - 145.

[2] 唐 俊,陈小菊,李跃荣. 手术室实习护士临床角色的转变[J]. 局解手术学杂志,2011,20(1):100.

[3] 陈素兰,陈丽媛. 手术室专科护士的培养现状及展望[J]. 解放军护理杂志,2010,27((9A):1319 - 1321.

[4] 戴红霞,林爱贞,刘新莲. 国内外手术室专科护士的培养现状[J]. 护士进修杂志,2009,24(5):415 - 418.

(编辑:左艳芳)

甲状腺癌颈部淋巴结清扫术后并发症 25 例分析

Postoperative complications of 25 cases with thyroid cancer after lymphadenectomy of neck

李远梅[1],**邹家群**[1],**韩 磊**[2],**蒋小娟**[1] (第三军医大学大坪医院野战外科研究所:1 乳腺甲状腺血管外科;2. 妇产科中心,重庆 400042)

[**关键词**] 甲状腺癌;颈部淋巴结清扫;并发症;应对措施

[**中图分类号**] R653;R581.3 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)05-0548-02

甲状腺癌是最常见的甲状腺恶性肿瘤,约占全身恶性肿瘤的 1%。手术切除是除未分化癌以外各型甲状腺癌的基本治疗方法,甲状腺癌的手术治疗包括甲状腺腺体本身的手术,以及颈部淋巴结清扫(临床上常简称颈清术)[1],在清扫过程中,由于甲状腺解剖复杂、血管神经丰富、淋巴系统变异较多、手术范围大、创伤大,并发症率高,严重危及生命。我科自 2009 年 1 月至 2013 年 7 月共行甲状腺癌切除加颈清术 152 例,术后 25 例出现并发症,经积极处理后均取得满意疗效,现将术后并发症及应对措施总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院乳腺甲状腺血管外科共收治甲状腺癌加颈部淋巴结清扫术患者 152 例,其中女 63 例,男 89 例,年龄 18 ~ 69 岁,平均 41 岁。术后病理结果回示:乳头状癌 118 例,滤泡状癌 25 例,髓样癌 8 例,未分化癌 1 例(患者及家属强烈要求手术切除,在签订知情同意书后行手术治疗)。

1.2 方法

患者如术前穿刺活检明确诊断或是术中冰冻病理检查为甲状腺癌直接行肿瘤切除加颈部淋巴结清扫术,如患者术中冰冻检查未明确诊断,术后病理检查结果为甲状腺癌者,先行肿物切除术,待病检明确诊断后再行颈部淋巴结清扫术,术后颈部均放置引流管 1 ~ 3 根,并外接负压引流装置。负压引流装置每日更换并记录引流量,如 24 h 引流液小于 5 mL,医师可根据术中情况拔除引流管。

本案针对术后所遇到的并发症进行相应的处置,包括:①术后出血立即进行床旁或到手术室行血肿清除并对创面血管结扎止血。②切口感染,在伤口换药、静脉输入抗生素及激光治疗仪照射切口。③切口愈合不良,为了促进伤口愈合,减少出血及术后美观,医生会根据实际情况在术中使用少量康派特医用胶均匀喷洒于切口表面[2]。若对康派特医用胶过敏,采用局部清除医用胶,抗感染,抗过敏治疗;对于糖尿病患者尤其应加强营养供应,同时纠正血糖。④乳糜瘘,可先采用保守治疗方法,即禁食水,自然引流减少淋巴液流失,静脉泵入生长抑素,抗感染,若无效,需再次手术。⑤声音嘶哑、音调降低和饮水呛咳,予密切观察,对症处理,对于进食困难患者,指导其先将流质饮食含在嘴里,慢慢向下咽减轻痛苦。在术后 3 个月内随访。⑥手足口唇麻木,应测血钙浓度,根据结果予口服及静脉补钙。⑦负压引流管脱落,若患者 24 h 引流量小于 10 mL,可予拔除,若未出现特殊情况,术后 3 个月随访愈合良好;若引流量多,需再次置管。⑧发生引流管堵塞,可予反复挤压引流

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405037

[**收稿日期**] 2014-04-01 [**修回日期**] 2014-04-15