维普资讯 http://www.cqvip.com

险无处不在"已成为医疗护理界的共识。我们要认识到护理风险是一种职业风险,它既有客观决定因素,又有可控制的一面。为保证患者及护理人员自身的合法权益,要求护理工作者应该具有一定的法律知识,要达到治疗、护理安全有效,需要对护士加强安全方面的教育,使护理人员牢固确立"患者第一,安全第一"的观念。

2 护理风险源于细节

护士是与病人接触最密切的群体,护理工作中的意外事件也较为常见,如刚刚擦拭的地板可能使病人摔倒、匆忙交班可能造成治疗错误、处方贴错标签导致用药错误、发生其他不安全事件等。要知道风险往往存在于我们疏忽大意之中,辈辈相传的"三查七对"、"四看五查一巡视"正是强调护理工作的严谨性与细节性,所以护理细节的管理正是我们做好护理工作、规避护理风险的关键,是提高护理质量、建立和谐护患关系的重中之重。

3 完善管理制度

护士是医疗护理活动的直接实施者,也是护理水平与护理质量集中体现者,护理活动中的各项规章制度以及护士自身素质是为患者提供优质服务的保证。因此,建立和完善病房各项规章制度,如《安全工作制度》、《查对制度》、《病区管理制度》、《交接班制度》、《差错事故报告处理制度》等,严格按制度办事、凭制度管人以保障各项护理措施及时准确得到落实。在临床护理工作中,护士的心理状态与情绪变化,对临床护理质量的提高也起着重要作用[2-3]。

4 定期进行护理风险教育

随着医学、护理学的发展,每天都可能引发新的护理风险。组织护士定期对可能出现的护理风险做预见性教育,了解国外先进的风险管理方法和经验。让护士了解自己在工作中面临的风险以及随时可能面临的新风险。争取在风险出现前敲响警钟,让每一位护理人员具有很强的风险意识,能够在工作中主动、细致地去规避各种风险。以往的风险管理较强调护理主观问题,忽视护理流程管理。建立完善的风险呈报管理机制,有利于风险事件的分析,将有效预防措施引入医疗护理工作,以减少和避免风险伤害的发生。给护理质量管理带来新的理念,纠正管理中存在的形式主义,使管理者正确认识风险的存在,重视风险的防范,进而杜绝和防范医疗事故的发生。

[参考文献]

[1] 蔡铜山,钟德福,张海林,等. 推行医疗风险管理,提高医疗服务质量[J]. 解放军医院管理杂志,2001,8(5):342-343.
[2] 朱翠勤. 临床护理风险相关因素及防范措施[J]. 河北医学,2008,14(1):92-94.
[3] 卢 英. 手术室护士的医疗风险与规避[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):141-142.

(编辑:周小林)

脊柱手术术中唤醒的护理体会

黄 英,曾 俊,岳 蕤,吴治敏 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 脊柱手术;术中唤醒;护理
[中图分类号] R681.5;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0288-02

脊柱矫形手术常用于治疗脊柱畸形,其难度大风险高,目前最常采用后入路脊柱矫形加椎弓根钉、棒系统内固定术[1-3]。严重的脊柱侧弯因术中过度的矫正畸形,可能牵拉或损伤脊髓而造成截瘫,而唤醒试验能有效地监测脊髓功能,故在临床中广泛应用。我院自2000年到2007年共完成手术206例,手术过程顺利,术后功能均较术前好转。现将术中唤醒护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共有206例,其中男94例,女112例,年龄13~54岁,平均27.6岁,多为脊柱侧弯或强直性脊柱炎引起的脊柱畸形,主要表现脊柱失去正常生理弧度,强直性脊柱炎以向后突为主,特发性脊柱侧弯以脊柱右侧突为主,此外严重者伴有心肺功能异常。所有患者均进行择期手术。

1.2 唤醒方法

唤醒试验是指在手术过程中,唤醒病人,嘱患者按要求完成肢体动作,并以此来判断手术是否造成患者神经根或者脊髓损伤,以最大程度地恢复脊柱的生理弧度,最小程度地减少手术并发症,手术唤醒时间5~10 min。

2 护理

唤醒的护理主要有:①术前查看病人双脚及脚趾活动情况,用双手感受病人双脚的肌力以便与术中病人双脚及脚趾活动情况及双脚肌力做对比,告知病人双脚活动方法及活动双脚及脚趾的重要性以便取得病人的主动配合。②术中与病人交谈,以减轻病人的恐惧心理,询问病人是否记得术中怎样活动双脚和脚趾,当上椎弓根螺钉及连接棒时提醒麻醉医生20 min

[收稿日期] 2008-03-31 [修回日期] 2008-05-19

维普资讯 http://www.cqvip.com

后需唤醒病人,以便麻醉医生控制麻醉用药。③当麻醉医生示意病人可以唤醒而手术也刚好做到矫形需要唤醒时,巡回护士应立即大声指导病人双脚和脚趾活动并同时双手探至无菌单下,用双手触摸病人双脚和脚趾活动情况及肌力,必要时掀开无菌单或者请医生亲自查看病人的双脚和脚趾活动情况及肌力,整个矫形过程中一定指导病人持续进行双脚和脚趾活动,以给手术医生继续操作的指标。唤醒过程结束后麻醉医生会继续加深麻醉深度,而手术区域的无菌单如果被污染应立即加盖或者重新铺无菌单。

3 讨论

脊柱矫形手术由于难度大风险高,不仅对手术医生要求高,对手术室护士、麻醉医生要求同样高。手术组成员不仅要熟悉手术步骤及脊柱解剖,而且对手术要有预见性,对突发事件要有应变能力,要具有扎实的专业知识,术中应经常与医生沟通,达到默契地配合,特别是巡回护士、麻醉医生、手术医生三者的良好而默契的配合对手术成功至关重要。而术前的心理护理与唤醒配合指导也很重要,术前一定要注意向病人交代清楚术中的配合要点,取得病人的合作,这对手术成功非常有益,手术中在与患者交流时,应大声一点,以便病人能够听清楚并配合好,安置俯卧位时应注意体位调整适当,各种导管固定好,以便能够术中透视,在整个手术过程中都应注意保暖与保证手术安全。

[参考文献]

[1] 张晶洁. 儿童脊柱侧弯矫形术中唤醒护理[J]. 重庆医药,2007,36(15):1487-1488.
[2] 董明岩,崔宽龙,陈君长. 青少年特发性胸段脊柱侧凸患者肺功能受限的决定因素[J]. 中华骨科杂志,1998,18(3):134.
[3] 何淑娟,康 丽. 应用椎弓根螺钉系统治疗特发性脊柱侧弯的护理[J]. 中华护理杂志,2001,35(10):748.

(编辑:兰阳军)

乳腺癌患者术后康复护理

王春艳 (佳木斯大学第二附属医院综合外科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 乳腺癌;外科治疗;康复护理
[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0289-02

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,其发病率占全身恶性肿瘤的7%~10%,并成逐年上升趋势[1]。其治疗以手术治疗为主,辅以化疗、放疗、内分泌治疗。由于其治疗周期较长,所以术后康复护理对患者的生存质量和延长生命尤为重要。现将我科52例患者术后康复护理报告如下。

1 临床资料

我科2004年5月至2007年12月共收治52例乳腺癌患者,均为女性,年龄31~70岁;住院时间15~20 d;50例术后恢复较好,未发生并发症,定期化疗和(或)放疗,2例未随访。

2 康复护理

2.1 心理护理

患者的心理状态直接影响其对手术的耐受性及术后的康复效果。护理人员在患者面前要始终保持镇静、自信,给患者一种安全感。鼓励患者要有战胜疾病的信心,告诉患者乳房缺失尚有许多弥补的办法以及如何进行乳房重建手术和佩戴特别的乳罩等。引导患者正视现实,配合护士的康复护理工作。

2.2 引流管及切口创面护理

乳腺癌术后皮下放置引流管,回病房后接负压吸引,有助于减少创面积液,皮瓣紧贴胸壁,促进创面愈合,减少并发症的发生。护理时应保持引流管通畅,密切观察有无扭曲、折叠、受压、脱出,保持适宜的负压[2],负压过大可造成引流管瘪塌引流不畅甚至导致出血危险,经常挤压引流管防止血块堵塞,在引流期内密切观察引流液的性质和量,并准确记录。乳腺癌根治术后手术创面大易并发感染、皮下积液、皮瓣坏死和组织粘连等。因此伤口应用绷带或胸带加压包扎,保持敷料干洁,加强对患侧肢体远端的血供观察,如皮肤、颜色、温度、脉搏等。若皮肤发绀,伴皮温低,脉搏扪不清,应及时调整绷带松紧度,以患侧血运恢复正常为宜。若绷带或胸带松脱活动,应重新加压包扎,减少创腔积液,使皮瓣或植皮瓣与胸壁紧贴,以利愈合。

2.3 肢体功能锻炼

早期进行锻炼可使三角肌、斜方肌和背阔肌尽快恢复功能。这是乳腺癌根治术后上肢功能锻炼的重要一环。锻炼的方法为:①术后的3~4 d,患者可坐起,开始进行屈肘运动;前臂上下左右前后摆动,上肢前身上下摆动,避免外展,以减少胸部皮肤的张力。②术后5 d解除固定患者上肢的胸带后,可练习患者手掌扪对侧肩部及同侧耳部的动作。③术后9~10 d拆除切口缝线。此时,可锻炼抬高患侧上肢,将患侧的肘关节屈曲抬高,手掌置于对侧肩部。初时可用建侧手掌托扶患侧肘部,逐渐抬高患侧上肢,直至与肩平。患者可以整理床头被褥,边步行边做甩手运动。④术后14 d,练习将患侧手掌置于颈后,使患侧上肢逐渐抬高至患者自开始锻炼时的低头位,达抬头、挺胸位,进而能以患侧手掌越过头顶并触摸对侧耳部为止。

[收稿日期] 2008-04-17 [修回日期] 2008-05-15