维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 激励制度

在标本送检过程中,若错写名称或漏写名称一项,或不按规定执行将受到一定的经济处罚,经过一段时间后受处罚的人数越来越少,确保了组织标本的安全送检。

2 有效的质量检查制度

为确保组织标本的安全送检,我们建立了定期检查、现场指导、讲评激励制度:①护士长每周定时抽查一次,及时发现问题、解决问题,杜决隐患。②每周二下午及每周五早上到标本间送检工作,给予现场指导。③把一周存在的问题归纳总结,在周一早上交班时讲评,对完成工作好的护士提出表扬,并给予一定的奖励。

3 体会

手术组织标本对病人的疾病诊断、治疗及病情预后等有着重大意义,组织标本质量的有效控制是手术室管理工作的重要组成部分。组织标本管理不当如变质、丢失等,直接影响疾病的定性、影响治疗,延误病情,使正常组织受到破坏,会使恶性肿瘤病人得不到及时治疗,还会造成医疗纠纷,触及法律问题等。

(编辑:张天飞)

颈椎骨折并高位截瘫患者的护理

戴 路 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所骨科,重庆 400042)

[关键词] 颈椎骨折;高位截瘫;护理
[中图分类号] R248.2;R683.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)05-0367-02

颈椎骨折并高位截瘫是由多种原因引起的骨科常见病,多由外伤引起颈椎骨折、脱位,压迫脊髓腔,从而引起脊髓水肿[1-2]。高位截瘫患者由于病程长,长期卧床,并发症多,这些并发症与原发病形成恶性循环,不仅增加患者的痛苦及经济负担,而且会因病情加重而危及生命。因此防治并发症是治疗截瘫的重要措施之一。本文报告我科2003年至2006年收治的15例颈椎骨折并高位截瘫患者的护理体会报告如下。

1 临床资料

本组15例患者,男13例,女2例;年龄:31~55岁,平均年龄40.5岁。其中颈椎骨折12例,颈椎脱位3例;尾骶部Ⅲ度褥疮2例;气管切开1例。15例患者经医护人员精心治疗及护理,无1例并发感染或褥疮形成,均好转出院。

2 护理方法

2.1 体位护理

告诉患者及家属,制动是脊柱骨折恢复的基本要求之一,否则,会引起新的损伤,导致或加重瘫痪[2]。保持头、颈、肩一致性活动,防止颈椎进一步脱位。翻身时要一个人固定头部,一个人搬动躯干;颈部两侧各用一个沙袋固定制动。行颅骨牵引者,防止牵引针滑脱,床头抬高15°~30°。穿针处每日滴75%酒精2次,敷料污染时及时更换。

2.2 并发症的预防及护理

颈椎骨折并高位截瘫患者并发症的预防及护理非常重要[2-3]。①预防肺部并发症:颈椎损伤因出血、水肿压迫脊髓或脊髓横断使肋间肌、呼吸肌麻痹,患者不能主动清除呼吸道分泌物,容易发生肺不张、坠积性肺炎、窒息等。因此,注意保持呼吸道通畅,护士应指导患者多做深呼吸及扩胸运动,每两小时给予翻身叩背一次,如痰液粘稠不易咳出时,可行超声雾化吸入或给予电动吸痰,必要时行气管切开术,并做好气管切开的护理。②预防泌尿系感染:对留置尿管患者应间隙性放尿,白天2~4 h一次,夜间4~6 h一次,放尿时注意按压膀胱排出余尿,同时注意观察尿的性质、颜色。尿管定期更换,引流袋每日更换。每日清洗尿道口两次。鼓励患者多饮水,每日大于3 000 ml,可有效预防泌尿系感染,定期作尿常规检查,发现问题及时处理。③预防便秘:指导患者进食高蛋白、高维生素、易消化食物。每日清晨空腹饮用蜂蜜水,或行顺时针环形按摩腹部每日30~60次,适当给予缓泻剂、灌肠等措施。④褥疮的预防:截瘫病人因不能活动,皮肤感觉丧失,没有正常皮肤的疼痛刺激信号,是发生褥疮的主要原因。长期卧床导致血流瘀积致使皮肤缺血坏死。因此,护理病人时,应加强责任感,做好床旁交接班,设立翻身卡,每1~2 h翻身1次,用50%酒精按摩受压部位皮肤,床铺保持清洁、干燥、平整、无碎屑,对骨突部位可垫气圈或小棉圈,使之悬空以减少压力。对于带褥疮入院的病人,给予勤翻身,勤按摩尾骶部,Ⅲ度褥疮患者护理方法:先用3%过氧化氢清洗,再用生理盐水清洗,然后用消毒棉棒抹干,用无菌敷料包扎,必要时行皮瓣移植术。

2.3 功能锻炼

预防肌肉萎缩及关节挛缩,指导并协助功能锻炼 为了防止肌肉废用性萎缩,避免关节僵硬,早期协助患者进行上肢、下肢肌肉及关节的活动或进行肌肉按摩运动,以改善局部血液循环,促进组织修复。晚期则鼓励患者进行伸、屈膝关节等功能锻炼。每日不定期活动数次,每次10 min,被动活动以不产生疲劳感为准,以后逐渐增加活动次数与时间,活动范围由小到大,逐步适应,达到恢复生理功能的目的。患者出院时应做好家庭自我护理指导,促使病人功能获得最大的恢复。

[收稿日期] 2007-04-20 [修回日期] 2007-05-12

维普资讯 http://www.cqvip.com

[参考文献]

[1] 钱翠芳,刘 娟.颈椎骨折急诊术后呼吸道及消化道的护理[J].解放军护理杂志,2006,23(5):85.

[2] 支立娟,吴新军.脊柱侧凸围手术期护理体会[J].局解手术学杂志,2006,15(3):212.

[3] 罗菊英,曹群英,邹碧娥.颈椎骨折合并颈髓损伤围手术期的护理[J].咸宁学院学报(医学版),2006,20(2):177-179.

(编辑:郭光金)

住院患者不舒适的观察与护理

柯清芳 (第三军医大学附属西南医院心血管内科,重庆 400038)

[关键词] 整体化护理;舒适护理;住院患者

[中图分类号] R471 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)05-0368-01

舒适护理(comfort cave)的概念是舒适护理应作为整体化护理艺术的过程和追求的结果,使基础护理与护理研究更注重病人的舒适感受和满意度。舒适指身心健康、满意、没有疼痛及焦虑、轻松自在的自我感觉。与之相反,不舒适则是身心不健全或有缺陷,对生活不满,负荷极重的一种感觉。当个体生理、心理需求不能全部满足,或周围环境有刺激时,舒适的程度逐渐下降,直至被不舒适所代替。以下讨论住院患者不舒适的观察及护理。

1 不舒适的观察

舒适和不舒适都是一种自我感觉,客观上不易衡量。对患者的不舒适进行正确有效的观察应注意:①护士不仅要掌握医学专业知识,还应了解诸如心理、伦理、教育、人文艺术学等方面的知识,这样才能形成对患者住院期间生理、心理进行全面观察与分析的能力,发现病人是否存在不舒适并判断其程度。②建立良好的护患关系,只有与患者真诚交流与沟通,才能使病人愿意告知其真实感受,帮助护士做出正确的判断。③保持细致的工作态度,护理人员在认真倾听患者的主诉的同时还应仔细观察病人因不舒适而产生的表情、体态,如脸色、面部表情、肌肉紧张程度以及躯体的活动等。此外,护理人员还应经常巡视病房,多与病人家属保持联系,通过家属获得病人的资料。

2 产生不舒适的原因

导致住院患者不舒适的原因大多是由疾病本身引起。最常见的有:①患有胃肠道疾患的病人及肿瘤化疗患者常伴有恶心、呕吐等不适感。②尿潴留患者膀胱胀满尿液不能排出,腹胀时腹压增高。③因病理原因造成血糖过低而引起饥饿感。④大手术后禁食或体液丢失可造成口干舌燥。⑤剧烈、持久的咳嗽会使病人感到疲乏,并引起胸痛等其他不适症状。⑥病人自觉空气不足,呼吸费力并伴有频率、节律、深度的异常,严重时出现窒息感。⑦头晕时常会引起呕吐、定向力减退等,严重可致平衡功能下降而致跌倒。⑧不正确的体位或疾病造成肌肉紧张、挛缩甚至强直,都会使人疲乏甚至疼痛,影响呼吸。⑨疼痛是最常见、最严重的一种不舒适的感觉。

外部原因有:①个人卫生习惯改变:病人因自理能力减低而引起如口臭,皮肤有污垢,汗臭,搔痒,衣物凌乱等,会加重病人的不舒服感。②不正确的体位:长期卧床引起尾骶部等骨突处疼痛、麻木,因体位不当所引起的患处疼痛、伤口牵拉痛等。③不恰当的治疗、护理使病人不舒适。④环境因素:病房的通风和照明不良,温、湿度的不适宜,其他病人的呻吟声,治疗设备的噪声,周围病人的呕吐物、排泄物、血迹等,都可以造成不舒适感。

3 不舒适的护理

发现病人不舒适并找出原因后,尽可能对因处理。例如尿潴留病人,可运用按摩小腹、听流水声等方法帮助患者自行排尿或必要时进行导尿;腹部手术后病人给予半卧位,会使病人感觉疼痛减轻等。对因心理因素引起不舒适而一时不能去除的病人,护士可以采取不作评判的倾听,使病人郁积的情绪得以宣泄;或运用有效的沟通,正确的引导病人;还可与家属联系,共同做好病人的心理护理。对病人角色的尊重,护士除了用亲切的语言,尊敬的称呼外,还要不时听取病人对治疗护理的意见,并鼓励他们积极主动地参与护理活动,让病人有足够的信心去战胜疾病且尽快康复。护士应协助重病人搞好个人卫生清洁工作。条件允许时轻、重病人可分室而住,并注意病室的整洁、通风、温度与湿度适当。

通过对住院患者不舒适的观察与护理,不但可以及时帮助病人最大限度的去除因疼痛等引起的生理上的不适,缓解病人心理上的抑郁,同时也有助于护理服务质量的进一步提高,更好的实施整体护理,从而提高住院患者满意率。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-02-25