维普资讯 http://www.cqvip.com

畸形子宫、肝肾功能不全及心血管疾病者，非哺乳期、非疑似宫外孕者。采取小量用药法：米非司酮每日上午9时口服50 mg，晚上9时口服25 mg，连服2 d。第三天早晨空腹服米索前列醇600 μg。服药前后禁食2 h，用凉开水送服，服用米索前列醇后严密观察宫缩进展情况。一次大剂量用药法：米非司酮200 mg顿服，第4日早上空腹服用米索前列醇600 μg，服药后3 h若未发生流产，酌情加服。

2 观察与护理

2.1 临床观察

用药中观察腹痛，记录阴道流血量及有无组织物排出，以及排出物与妊娠天数是否相符。如服用米索前列醇后完全排出孕囊，出血自然停止，子宫逐渐恢复正常，2周后尿妊娠实验转阴为完全流产；如服药后胎囊部分排出，阴道出血量超过月经量或者出血时间长而须实行清宫术者为不完全流产；如用药1周内未见胎囊排出。出血量少，子宫较前增大，尿妊娠试验阳性，改用其他方法终止妊娠者为失败。

2.2 护理

用药前详细评估病史及身心状况，核实适应症 禁忌症，向孕妇说明用药的方法、注意事项及可能的副作用，服药前后2 h空腹，用凉开水服下，告之孕妇服药后一般会出现阴道出血。部分孕妇流血时间较长，少数早孕妇女服用米非司酮后即发生自然流产，80%早孕妇女在使用米索前列醇后数小时排出胚囊，极少数的孕妇在服药后1周内排出妊娠物。孕囊排出后肌注缩宫素20 U，并按医嘱服用生化颗粒或益母草颗粒，配合使用抗菌素。服药过程中少数孕妇出现早孕反应加重情况或服米索前列醇后出现腹泻、腹痛、呕吐等。轻者无需特殊处理，严重者报告医生。如有组织排出须由医护人员确认。要求服药者流产后1～2周到门诊复查并做妇科检查及B超，了解子宫复旧及阴道流血情况，如果有异常即使处理。

（编辑：蒋登金）

护理安全隐患的防范

向国春，任 辉，魏静蓉，刘 俐 （第三军医大学附属西南医院临床教学管理中心，重庆 400038）

[关键词] 护理；安全隐患；防范
[中图分类号] R471；R136.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2006)03－0205－02

护理安全是指在实施护理的全过程中，病人不发生法律和法定的规章制度允许范围以外的心理、机体结构和功能上的损害。在医疗护理工作中，护士与病人交流、接触的机会最多，时间最长，加之护理工作的繁忙、琐碎及操作的重复性，存在着诸多不安全因素，因而发生护理差错事故的机会就多，且病人及家属法制观念的增强，对护理服务和护理技术提出更高的要求。本文就护理安全隐患的防范报告如下。

1 护理安全的隐患

1.1 缺乏自我保护意识

在执行各种处置时，忽视病人享有的各种法律赋予的权利（知情权、健康权、安全权、求偿权、受尊重权、选择权、监督权、病历复印权、隐私保护权、诉讼权等）。规章制度、操作规程、岗位职责是工作的指南，更是安全的法宝。但落实不到位，病人呼叫应答不及时。不严格交接班，重危病人不床头交班或交接不清，会给病人带来不安全感。

1.2 专业知识及技术水平偏低

由于高新技术的应用，使得护理专业人才在学校的理论学习先天不足，临床长期超负荷工作，护士的业务知识缺乏，技术水平下，不重视学习和培训，或学习的动力压力不足，对新业务新技术不了解，护理风险度提升，导致行为不当或违反规程而发生护理缺陷和差错事故。

1.3 护理记录的书写不规范

临床护士受长期习惯的影响，重操作轻书写，缺乏及时记录，记录不全、不连贯、不准确、医护记录相不符，医嘱执行签名简写、不全、不规范和潦草，护理记录内容重点不突出，涂改字迹不清，不但影响文书质量，对科研教学也有影响。

2 护理安全防范对策

2.1 严格各项护理制度和常规的落实

增强法制意识和观念，学习相关法律法规和医疗护理制度，提高自我保护意识。知法、懂法方可依法、用法，特别是《医疗事故处理条例》的实施，促使我们加强法规知识的学习，才能明确责任，强化意识，使我们的行为合理合法。工作中提高制度意识，强化法律约束，使各项护理制度和常规的能严格落实，操作程序化、规范化。从典型的医疗护理纠纷、差错、事故中吸取经验教训，时刻警示自己，特别在单独操作时，对自己建立预警，确保安全。执行各项处置时，必须执行者自己签字，他人不得代签。

2.2 加强专业知识和专业技能的学习和训练

强化危机意识，增强学习动力，如按职上岗、末尾淘汰等管理手段，可促使护士增加学习的动力和压力，引入岗位竞争机制，不但能调动工作和学习的积极性、热情，还可充分发挥每位护士的潜能；以考核促训练，实行考核激励机制，奖优罚劣，使每个护理人员都感到激烈竞争的压力，竞争靠的是德、能、勤、绩的真实表现，从而激发岗位成才的积极性，增强了护士的主

[收稿日期] 2005－12－16 [修回日期] 2006－01－10

维普资讯 http://www.cqvip.com

观能动性和工作热情。加强护理查房、讲课和典型病例讨论，提高专科理论水平。护理查房、讲课和典型病例讨论，是理论联系临床，不断提高专科理论和熟悉掌握新业务新技术的必要手段。

2.3 提高文书书写内涵质量

护理文书是医疗诊断和治疗的重要理论依据，是临床工作中的原始文字记录，可为医疗、护理、教学、科研工作提供重要资料，也是重要的法律依据和重要线索，护理记录作为病案资料的重要组成部分，即反映患者病情变化和治疗情况，又为日后医疗纠纷提供直接证据，为保证医疗文件的原始性、正确性和完整性，护士必须按护理文书规范要求，客观、准确、完整的书写好各种护理记录，多与经管医生沟通，保持医护记录的一致性，仔细观察病情变化，及时收集病情资料，保持记录的连续性，特别是病情加重时，及时将护理计划、措施的记录跟进；管理者就存在的问题经常讲，护士在下笔时要求时刻给自己预警，医院质控部门加大环节质控和奖惩力度，保持病历完整、防止污染、破损，确保护理工作的安全。

（编辑：郭光金）

结肠造瘘术后的护理体会

刘玉阁 （鞍山市双山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 结肠；结肠造瘘术；护理
[中图分类号] R656.9；R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0206-01

结肠造瘘是晚期大肠癌的一种手术方式[1]。结肠造瘘病人术后通过精心护理，可降低感染率及死亡率。我科自2002年3月至2004年2月共行腹部造瘘术28例，采用护理程序对病人实施心理理，取得了满意的效果。现报告如下。

1 临床资料

本组28例病人，其中男性18例，女性10例。年龄42～72岁。直肠癌根治切除术后造瘘22例，直肠癌未能切除，单纯结肠造瘘6例。结肠造瘘术后全部治愈出院，无并发症发生。

2 护理方法

2.1 心理护理

心理护理在整个护理过程中起着关键作用。腹壁造瘘虽然能够延长患者生命，但对其精神、肉体上是不良刺激，几乎所有病人都不能接受，病人担心别人嫌弃，厌烦，不能再工作等。根据病人出现的不同心理特点，以同情、理解、关爱的态度，用鼓励的语言向患者讲解关于造瘘口的知识，使患者认识到这只是排便位置的改变，说明其必要性和原因。教会患者学会护理瘘口，使积极配合治疗。

2.2 造瘘口的护理

术后12 h内要仔细观察造瘘口血运情况。造瘘口一般在2～3 d后开放。开放初期，粪便稀薄，不断流出，对腹壁皮肤刺激大，易引起皮肤糜烂，因此，要彻底清洗消毒造瘘口周围皮肤，并用复方氧化锌软膏和凡士林保护[2-3]。造瘘口开放及每次排便后，以凡士林纱布覆盖外翻的肠粘膜。外盖厚敷料，同时观察造瘘口肠段血运情况，防止造瘘口肠段出血、坏死、狭窄等并发症发生。术后禁食到肠造瘘口排便后可以进流食，以后逐渐过渡到普食，应避免进食刺激性产气的食物，如高脂、豆类、辣椒等，以免增加大便的量和次数。避免进食气味大的食物，如鱼，元葱，韭菜大蒜等，以免产生大量气味。嘱病人每日养成定时排便的习惯和定时缩肛，对排便不畅，疼痛者，两周后每日扩张造瘘口两次，每次5 min，对排便困难者，可以造瘘口注入甘油，术后二周定时给予洗肠，训练造瘘口定时排便功能。

2.3 各引流管护理

做好引流管周围护理，保持清洁干燥，严密观察引流液颜色、量，并做好记录，防止出血过多造成血压下降。保持尿管通畅，与引流相接的无菌袋应放置与引出水平面以下，防止尿液倒流，严密观察尿色、量，防止尿管脱落。在拔尿管前要闭管，让病人有意识的排尿。训练膀胱肌排尿功能。保持胃管通畅，嘱病人早期活动，促进肠蠕动恢复，一般3～5 d排气后，可拔出胃管。

3 出院指导

康复指导是整体护理的组成部分，做好康复指导能提高结肠造瘘口病人的生活质量和社会适应能力。具体内容是：①指导病人学会有意识的收缩肛门，早期养成定时排便的习惯，如病人已建立定时排便习惯，粪便已成形时，可在造瘘口处覆盖敷料或软纸即可；②注意定时进食，进食时应避免太快而吞入空气，一次进食不宜过多，平时多吃些新鲜的水果、蔬菜，少吃太油腻食物，天热时多饮水；③在日常生活中，不用害怕腹泻、便秘，只要学会护理造瘘口，并保持乐观态度，经过一段时间实践即可对造瘘口排便逐渐适应。

[参考文献]

[1] 费建东，雷 杰. 结肠造瘘口狭窄18例治疗体会[J]. 张家口医学院学报，2004，21(1)：60-61.
[2] 程凤芹. 避孕套代替肛袋用于新生儿结肠造瘘口护理[J]. 南方护理学报，2002，9(3)：29.
[3] 袁 虹. 直肠造瘘术后两种不同灌肠方法的效果分析[J]. 局解手术学杂志，2004，13(2)：138.

[收稿日期] 2006-01-10 [修回日期] 2006-03-16

（编辑：左艳芳）