

手术室护士如何防范医患纠纷

王 勇, 陈星玲[△], 宋世兰, 唐佩灵(重庆医科大学附属永川医院 402160)

【摘要】 目的 探讨手术室护士如何防范医患纠纷。**方法** 分析手术室护士引发的医患纠纷的直接原因, 主要从手术室护士自身因素、管理因素和患者因素 3 个方面进行分析。**结果** 杜绝了手术室护士引发的医患纠纷的发生, 思考并提出防范医患纠纷的具体措施。**结论** 手术室护士必须以患者为中心, 增强服务意识, 加强责任感, 把好医疗护理安全关, 严格执行手术室各项规章制度和护理操作规程, 加强法制观念和法律知识, 树立牢固的风险防范意识, 严防护理差错事故及并发症的发生。

【关键词】 手术室护士; 医患纠纷; 防范

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 13. 060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)13-1636-02

手术室作为外科手术的主要场所, 风险无处不在, 且后果严重。护士作为患者手术的参与者、配合者、执行者和监督者, 在手术护理工作中应及时规避或阻止手术患者风险, 预防各类差错事故及并发症的发生, 从而预防医患纠纷的发生。本研究从手术室护理工作实际出发, 分析导致手术室医患纠纷的原因, 提出防范医患纠纷的措施, 以更好地为患者提供优质的服务和顺利地开展工作。

1 正确认识医患关系

1.1 社会医患矛盾现状 随着改革开放和医疗改革的推进, 我国医疗水平有了长足的发展, 医疗环境有了显著的改善, 同时人们的健康需求日益提高, 对医疗结果期望值增高, 法律意识逐渐增强。由于当前“看病难, 看病贵”的现象依然存在, 以及市场经济对医疗行业的冲击等, 部分公众对医院和医护人员产生的信任危机以及消极负面情绪导致目前医患关系紧张, 医患矛盾突出, 医疗纠纷事件逐年增多并呈现出新的特点。

1.2 手术室医患纠纷成因

1.2.1 手术室护士因素 手术室护士与患者及其家属的接触时间仅限于围术期, 医患沟通不足; 习惯于以往“家长制”的护理作风, 只重视治疗疾病而忽略了对患者及其家属的心理治疗; “以患者为中心”的服务意识不强, 对患者关心不够; 沟通技巧欠缺导致纠纷。据张敏^[1]调查, 65% 的护理纠纷是由于护士语言使用不当所引起的, 如手术室护士术前访视时, 无意中暴露患者的生理缺陷或隐私, 无意中暴露人类免疫缺陷病毒(HIV)阳性患者的检验报告结果等; 责任心不强或违规操作导致医疗事故及差错, 如手术不正确, 包括手术对象、方式及其部位错误, 建立静脉通道后未解除压脉带导致患者肢体损伤, 输液架及其液体瓶倾倒坠落于患者身体, 导尿后未将包皮复位导致包皮嵌顿进而阴囊水肿, 术中高频电刀头在未使用时未按照操作常规放入电刀盒内而误烧伤患者, 手术前后未认真对器械和纱布进行核对致其遗留体腔, 忽略对全麻术后患者的护理以致患者坠床等; 技术水平较低和工作经验不足导致执行不力, 如体位摆放不当导致组织或神经损伤, 术中低体温导致苏醒延迟甚至心跳停止, 插气囊尿管不当导致尿道损伤等; 病历书写质量较差, 缺乏工作责任心^[2]。

1.2.2 手术室管理因素 由于医院人事制度原因, 手术室护士流动过大, 造成手术室护士整体上经验不足或技能不高; 一些历史原因导致手术室护士数量配备不足, 护士长期疲劳工作; 手术室护士专业理论学习和专业技能培训不足致操作不规范, 甚至操作失误, 造成严重后果, 如无菌操作不规范, 导致院内感染发生, 带教失控致未经灭菌器械用于手术等; 未严格监督执行医疗规章制度; 标本管理不善致丢失; 设备和物品管理

不当, 如特殊手术器械和物品准备不充分致手术计划落空, 或者延误手术, 延长患者的住院时间, 增加其经济负担。

1.2.3 患者因素 随着社会的进步, 人们的生活和文化水平的不断提高, 患者对保护自身权益的意识不断增强。主要表现在以下 5 个方面: 生命健康权、知情同意权、隐私权、人格尊严权、身体权。另一方面, 由于患方普遍不了解手术知识及其风险性, 所以一旦患者在手术室发生意外或并发症, 则患者及其家属难以理解和接受。

2 预防差错事故措施

手术室是外科的枢纽, 护理任务繁重。手术既是外科治疗的重要手段, 又是一个创伤的过程, 会给患者带来生理、心理以及社会方面的反应。为了尽量减少其并发症及负面反应, 以获得更好的疗效, 手术室护士必须严格执行各项规章制度和操作规程, 加强法律方面知识的学习, 防止护理差错与事故的发生, 防范医患纠纷的发生。

2.1 严格遵守护理操作规程 要严格遵守各项护理操作规程。规章制度是正常医疗活动的安全保障, 也是预防和判定差错事故的依据。手术室各级护理人员在护理工作中必须认真学习领会, 严格执行操作规范, 不折不扣地落实各项规章制度, 防止医疗差错与事故发生。

2.1.1 预防手术错误 朱丹和周立^[3]主张采用患者识别的“三确”“六核”规则, 规则中“三确”即正确的患者, 正确的手术部位, 正确的手术方式。“六核”规则确定了核对患者的执行时间, 分别是在患者入院登记时; 患者到病房报到后佩戴上腕带, 护士正确书写患者资料于床头卡上时; 手术室接手术患者时; 手术患者至手术室等候区时; 手术间负责巡回的护士接手术患者入手术间时; 手术即将开始时。“六核”涉及到患者在接受手术前的各个环节, 手术室护士应重点落实以上后 4 个时段的核查。

2.1.2 防止用错药物 手术室应严格规范用药, 按医嘱给药。可制订常用药物配制标准卡以方便护士配制和确保剂量准确, 抽药注射器标注药名、浓度, 并保留安瓶, 便于使用前查对; 抗菌药使用前, 查看有无过敏史, 尽可能在切皮前半小时使用, 以利于患者切口愈合; 护士掌控的药物的放置处应当与麻醉医师掌控的药物的放置处分开, 以免混淆。

2.1.3 防止输血错误 严格执行输血技术规范。护士从血库取血后, 应立即回到相应手术间与麻醉医生再次核对, 不可拿着血液兼顾其他工作或随手放下, 这样既容易导致血袋污染又易造成血液破坏, 甚至输错患者^[4]。血液加温时, 宜在手术间进行, 避免在同一容器内实施多个患者血液加温。

2.1.4 防止组织及神经损伤 为俯卧位患者翻身时, 头颈、胸、腰部及下肢与脊柱同步移动, 保持功能位, 避免脊髓损

伤^[5]。侧卧位手术时要固定患者,防止其滑落;固定患者髂棘时,要避免约束髋部致股骨头移位,造成股骨头无菌性坏死^[6]。摆放截石位时,两腿放置于托腿架上,膝关节弯曲 90°,约束固定,防止压、拉伤腓总神经;两腿外展呈夹角 90°,防止过度外展拉伤内收肌^[7]。俯卧位手术时将手术敷贴平整覆盖患者前额至鼻尖处,避免头托对面部损伤。

2.1.5 防止皮肤损伤 电刀负极板应贴于易于观察的部位、平坦肌肉区、血管丰富区、剃除毛发及清洁干燥的皮肤处;负极板距离心电图电极 15 cm 以上;尽量接近手术切口部位(但不小于 15 cm),减少电流环路,尽量避免电流环路中通过金属移植、起搏器、心电图电极及心脏;电极板的长边与高频电流来向垂直。一次性软式负极板,应保持平整,禁止切割和折叠,防止局部电流过高或漏电。不重复使用一次性负极板。对于 15 kg 以下小儿,应选择婴幼儿负极板。婴幼儿皮肤较嫩,皮肤消毒后,床单多被浸湿,要更换床单或加铺布垫,防止术中残留消毒液渗透皮肤造成损伤。小儿使用驱血带,其袖带应用绒面束缚,以防加压后造成点式压伤^[4]。

2.1.6 防止标本遗失 术中取下的标本需经医生确认是否留取,不可自行处理或丢弃;体积较小的标本要作标记(如丝线结扎或钳夹);若用许多组标本可交巡回护士粘贴名称和序号;送检标本做到留取人、值班护士、送检人、接收人逐级核对、登记并签名;对于死胎的处理,要严格按照医院规定的程序处理,必须与患者及其家属沟通,记录其处理意见并请其签字确认。

2.1.7 规范术中物品清点和使用 要严格执行“三人四次”清点制度。“三人”指手术医师第二助手、器械护士、巡回护士;“四次”指手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后、术毕(缝完皮肤后)。术中执行“三不准”制度,即器械护士在每例手术进行过程中原则上不准交接换人;巡回护士对患者病情和物品交接不清者,不许交接班;抢救或手术紧急时刻不准交接班。清点时应及时准确记录所有手术台上物品,器械护士和巡回护士两人核对无误后并在手术器械敷料清单上签全名。

2.2 规范书写护理记录 要规范书写并及时完成护理记录。护理记录是执行各项规章制度的重要体现,是保护医患双方的保证,是《医疗事故处理条例》中“举证倒置”预防护理纠纷及自我保护的法律依据。要认真书写手术患者术前评估单,它是手术室护士运用护理程序发现和解决患者术前护理问题,满足患者术前需求的指南和客观记录。要认真书写手术护理记录单,它提供了手术全过程的客观护理记录。要认真书写手术敷料器械核对登记表,它客观记录了术中使用的各种器械、敷料数目,要准确核对器械、敷料,防止遗漏和差错事故发生。

3 维护患者合法权益

维护患者的合法权益,减少医患纠纷。要注意保护患者的

隐私。在术前访视、接送患者等护理工作中,不要直接和患者在病房核对诊断和手术方式,可以通过间接询问做哪侧的手术、什么部位等来进行核对。要尊重患者的人格。在手术室的特殊工作环境中,要特别注意患者的人格尊严,尽量减少患者在清醒状态下身体裸露。如手术要求患者上身裸露,手术室护士先要进行解释说明,在帮助患者脱衣服后,应立即将被子给患者盖好,减少不必要的暴露。手术完成后,护士要在手术室给患者穿上(披上)衣服和裤子,避免回病房时裸露。要注意保护患者的身体权,即使是患者身上的非正常器官、组织等,在未经患者或其法定代理人同意时,不能随意进行处理,否则就侵犯了患者的身体权。

4 严格管理医疗证据

要严格管理医疗文书及医疗单据,如手术收费单、护理记录单、手术清点单、一次性物品使用毁形记录单、感染监测记录单、手术及麻醉记录单、病理送检记录单、特殊耗材使用登记单等。要严格管理医疗物证,如发生疑似输血、输液及药物等引起的不良反应时,应当保存使用的物品和药品,以备患方要求对其进行封存时进行封存。

综上所述,手术室护士必须以患者为中心,增强服务意识,加强责任感,把好医疗护理安全关,严格执行手术室各项规章制度和护理操作规程,加强法制观念和法律意识,树立牢固的风险防范意识,严防护理差错事故及并发症的发生,杜绝医患纠纷的发生。

参考文献

[1] 张敏. 护士交流技巧与患者满意度的关系[J]. 中华国际护理杂志, 2004, 3(3): 237-238.
[2] 陈星玲, 张崇敏, 杨建平. 住院病案质量管理中医疗纠纷的隐患及管理思考[J]. 中国医药指南, 2008, 6(5): 102-103.
[3] 朱丹, 周力. 手术室护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 152.
[4] 魏革. 手术室的风险管理现状[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(9): 833-835.
[5] 赖存, 郑爱英, 舒玉华, 等. 外科手术俯卧位并发症的探讨[J]. 山西医药杂志, 2006, 35(2): 152-153.
[6] 李丽卿, 叶玉平. 侧卧位所致并发症的预防和护理措施[J]. 国外医学: 护理学分册, 2005, 24(11): 708-709.
[7] 朱丹, 周力. 手术室护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 124.

(收稿日期: 2011-02-04)

手术室护士的心理压力及实现自身价值的探讨

李洪英(重庆西南铝医院手术室 401326)

【摘要】 目的 了解手术室护士在工作中的心理压力及如何实现自身价值。**方法** 通过对手术室护士的心理压力的分析, 积极进行引导, 努力实现自身调节。**结果** 让人们了解护理工作, 关爱护士, 使护士获得工作成就感。**结论** 通过手术室护士的心理压力源分析, 掌握护士思想动态并及时交流沟通, 减少护士的心理压力, 实现自身价值。

【关键词】 手术室; 心理压力; 自身价值

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 13. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)13-1637-02

随着医学模式的转变, 人们对健康保健和医疗费用的投入也相应增加, 对医疗护理服务质量的要求越来越高。为此, 对手术室护理质量就有了更高的要求, 同时也给手术室护士带来

了巨大的心理压力。有调查表明, 在高风险和多种压力环境的影响下, 手术室护士患抑郁症和焦虑症明显高于我国普通人群和普通护理人员。因此, 如何缓解手术室护士的心理压力, 对