

在思想上和行动上,要做到尊重事实和科学、对患者负责,自觉地为患者提供护理服务,提高患者对护理工作的理解和信任。

2.5 加强护患沟通,重视沟通技巧 护理管理者要根据妇科的具体情况,合理配置护理人力资源。护士长应根据不同时间段护理工作量的变化,动态安排人力资源,实行弹性排班制度,使用多种方法解决护士的超负荷工作。在工作中护士应尊重、关心、爱护患者,注意倾听,说话时尊重患者,使用恰当的语气和言语,力求适时适度、通俗易懂。当遇到患者及家属的误解和偏见时,要学会换位思考,理解患者或家属。在任何情况下,都要保持良好的心情,以情感人,以理服人,提高患者对护理工作的信任度。

2.6 严格护理质量管理 在工作中责任明确、任务到人,护理质量监督小组采取随机抽查、自查、互查的方式进行考核,奖罚分明,按照医院分配方案,体现多劳多得,调动了积极性和创新力,有效提高了护理质量。

2.7 费用问题 收费问题经常是引发护理纠纷的导火线。费用问题患者一般都较敏感,主要是患者对费用有意见,因此,护

士对收费的内容对患者要耐心认真地做好解释,对患者费用应合理公正,以避免矛盾发生。

本文分析了妇科护理工作中发生护理纠纷的原因,对其采取相对应的防范措施,可避免或减少护理纠纷发生。严格执行各种制度,提高妇科护理服务质量,改善服务态度,改善就医环境,加强护理人员的培训,提高妇科护士长管理水平,杜绝护理差错及减少护理缺陷的发生,是减少护理纠纷发生的重要措施。

参考文献

- [1] 李丽,刘效锋,潘世丽. 护理操作中的风险管理[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(2):67.
- [2] 叶寿惠. 新医改形势下的护理纠纷原因分析与对策探讨[J]. 重庆医学,2008,37(18):2122-2123.

(收稿日期:2011-06-29)

老年股骨颈骨折的围手术期护理

张 婷(湖北民族学院附属医院,湖北恩施 445000)

【摘要】目的 探讨老年股骨颈骨折的临床疗效及护理体会。**方法** 对 40 例老年股骨颈骨折的患者进行全程的护理,包括术前护理、术后护理、牵引护理、康复护理及出院护理,并定期随访。**结果** 40 例患者手术顺利,无并发症发生,均治愈出院。**结论** 做好围手术期护理是老年股骨颈骨折手术成功的关键,并能减少并发症的发生,缩短住院时间,提高患者满意度。

【关键词】 老年; 骨折; 围手术期护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.21.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)21-2655-03

老年股骨颈骨折可导致行动障碍,使患者的活动能力和生活自理能力大大降低。其发病率为股骨颈骨折总发病率的 68.41%,且股骨颈骨折以每 10 年 40% 的增长趋势在上升^[1],加之伤前常合并有高血压、心脏病、糖尿病及慢性支气管炎等疾病,伤后又因较长时间的卧床及被动体位,很容易引起心脑血管疾病,坠积性肺炎、泌尿系统感染、褥疮等各种并发症,因此,针对老年人的这些特点进行护理,对患者的预后具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 5~8 月本院对 40 例老年股骨颈骨折患者进行手术,男 26 例,女 14 例,年龄最大 73 岁,最小 62 岁。其中人工股骨头置换术 8 例,伴有支气管炎 2 例,哮喘 3 例,糖尿病 6 例,高血压 9 例,高血压伴糖尿病 6 例。

1.2 方法 对 40 例老年股骨颈骨折的患者进行全程的护理。

2 结果

40 例患者均采用全身麻醉,手术顺利,术后无一例并发症发生,均提前治愈出院。

3 讨论

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 因患者对疾病及手术知识不了解,担心术后肢体康复程度,会使患者产生紧张、焦虑、忧郁等不良情绪。针对患者不同的心理特点着重介绍手术治疗的方法和护理,明确手术是惟一有效的治疗手段,同时将同类治愈患者介绍给患者,让其进行有效沟通,在生活上给予关心照顾,使患者有亲切感、安全感,增加战胜疾病的信心,积极配合手术。

3.1.2 皮肤准备 因手术范围大,为了预防术后感染,术前 3 d 清洁备皮并消毒术区、术前 12 h 禁食、4 h 禁水,术晨置留尿管。

3.1.3 饮食护理 合理安排饮食,多吃新鲜蔬菜、水果及含钙磷丰富的食物,术前可多食用一些黑大豆、贝类、蘑菇、木耳、栗子、鲜藕、山楂等用来化淤和止血^[2]。患者因长期卧床,缺少活动,胃肠蠕动减弱,加上是老年患者,很容易出现便秘,应指导患者多饮水及进食含粗纤维丰富的食物,以保持大便通畅。患者术前也要加强营养,这样有助于提高机体对麻醉和手术的耐受度,以促进术后伤口愈合。

3.1.4 术前宣教 (1)发给每位患者一份人工关节置换或动力髁部拉力螺钉(DHS)内固定术后健康教育资料,使患者预先掌握功能锻炼的方法并能明确注意事项。(2)训练床上排便,教会患者和家属在床上正确掌握使用便器的方法,告诉患者及家属禁止弯曲髋部,在使用便器时要将整个骨盆平托起后再将便器塞入臀下,以防止术后不习惯而引起尿潴留和便秘。(3)指导患者训练呼吸功能,如:让患者吹气球,作缩唇式呼吸及呼吸操练习等,教会患者作引体抬臀运动(即:双肘和健腿健足同时用力支撑床铺,腰部稍用力,抬起臀部),既可防止骶尾部皮肤长期受压而发生压疮,又可方便患者使用便器。

3.2 术后护理

3.2.1 体位护理 术后去枕平卧位,头偏向一侧,6 h 后,可枕枕头,进流质饮食。患肢穿丁字鞋,防止患肢外旋。指导患者保持患肢外展 30°水平牵引,两腿之间可放软枕,防止患肢内收。并做到不侧卧、不盘腿、不翻身,向患者讲解去枕平卧及保

持功能位的意义。要随时注意患肢的位置,发现问题后立即给予纠正。因术后仍需卧床一段时间才能下床活动,所以应继续向患者强调床上大小便的意义和床上使用便器、防止弯曲髋部的方法。

3.2.2 疼痛护理 疼痛是外科手术患者突出的心理问题,所以对术后患者给予尽早评估,教会患者正确地描述疼痛,并根据病情及时缓解患者的疼痛。

3.2.2.1 物理止痛 (1)分散或转移注意力:用视觉分散法,如看电视、读小说;听力分散法,如听音乐、听故事;触觉分散法,如轻轻按摩伤口周围的皮肤等。(2)放松:慢节律呼吸是松弛训练中的一种,对减轻焦虑、帮助控制术后疼痛具有良好的效果。(3)皮肤刺激:给患者按摩,按摩主要通过物理刺激增加血液循环,舒筋活血来减轻疼痛,使患者舒适。

3.2.2.2 药物止痛 使用物理止痛无效后,可以使用镇痛泵、肌肉注射杜冷丁和肛塞止痛栓等常规的外科止痛方法,以利于保证患者充足的睡眠,促进患者早期活动,减少术后并发症,促进早日康复。

3.3 病情观察与护理

3.3.1 密切观察生命体征,术后每 30 min 监测生命体征 1 次直到生命体征平稳,可改为每 4 h 监测 1 次。观察坐骨神经是否受压,即小腿及足部的感觉和活动情况。对合并心血管疾病患者,应观察有无胸闷,有无胸前区疼痛。合并呼吸系统疾病患者,应观察有无咳嗽、咳痰情况。

3.3.2 观察出血 观察术后患者有无呕血、便血等消化道出血的症状,谨防应激性溃疡的发生^[3]。注意观察术后 2~4 h 的出血量,出血量大于 500 mL,说明有活动性出血的可能,应立即通知医生行对症处理。

3.4 引流管的护理 术后随时要保持引流管通畅,并将负压引流管挂在床边且低于切口的位置。保持伤口敷料干燥,以防伤口局部感染。如有液体渗出,需及时更换敷料。注意观察引流液的颜色和量,如有异常及时报告医生,每班认真测量引流液的总量,并做好记录。每天更换引流袋 1 次。

3.5 留置导尿的护理

3.5.1 注意保持外阴部清洁卫生,每天用 0.5% 碘伏棉球消毒外阴及外露尿管 2 次。每天定时更换尿袋,及时排空尿袋,每周更换尿管 1 次,必要时用 0.2% 的呋喃西林冲洗膀胱。

3.5.2 鼓励患者多喝水,术后 3 d,术后 1 周做尿细菌培养,检查有无细菌生长。

3.5.3 训练膀胱反射功能,可采用间歇性夹管方式。夹闭尿管,每 3~4 h 开放 1 次,使膀胱定时充盈和排空,促进膀胱功能的恢复。

3.6 预防并发症

3.6.1 预防褥疮 由于老年人器官组织生理性衰老,机体储备能力降低,加上术后长期卧床,活动减少,术后易发生褥疮。

(1)向患者讲解翻身的重要性,每 2 h 翻身一次,指导患者作引体抬臀运动,避免受压部位皮肤长期受压而发生褥疮,可预防性的使用康惠尔透明贴或者减压贴,建立床头翻身卡及预防褥疮监测报告卡。(2)指导正确的翻身方法,手术当日可以向健侧翻身 15°~20°,身下垫软枕,术后第 1 天可将床头抬高 30°~50°,取半卧位。第 2~3 天可翻身侧卧,首选健侧卧位。术后 2~3 周向患侧翻身,但两腿之间必须垫软枕,以防止患肢过度内收引起关节脱位。(3)严格床头交接班,保持皮肤及床单清洁干燥,仔细查看皮肤情况,鼓励患者多吃高营养、高蛋白、含维生素多的食物以增加身体抵抗力,糖尿病患者给予糖尿病饮

食。(4)经常用温水擦身,尤其是大小便后,必要时扑上爽身粉,以助于保持皮肤干燥、润滑,减少摩擦。使用大小便器时,动作应轻柔到位,避免因便器摩擦而导致皮肤破损。

3.6.2 预防肺部感染 向患者讲解咳嗽、排痰的重要性,协助翻身、拍背,教会患者咳嗽与深呼吸,做扩胸运动每天数次,以增加肺活量。保持口腔清洁,同时注意保暖,必要时给予抗生素及超声雾化吸入。

3.6.3 预防肌肉萎缩及深静脉血栓 协助肢体活动,按摩肌肉,鼓励患者尽早行功能锻炼。术后第 1 天应鼓励患者行下肢肌肉功能锻炼,术后 2~3 d 鼓励患者间歇半卧位,被动或主动活动膝关节、踝关节。注意观察患肢的皮温、皮色、肢体肿胀程度等,鼓励患者早期进行下肢肌肉等长收缩和踝关节的背伸、跖屈活动^[4-5],防止肌肉萎缩及静脉血栓形。

3.7 牵引护理 无明显移位的外展型骨折,老年患者可用持续患肢牵引 6~8 周。需要手术治疗者,为减轻疼痛、避免骨折移位、损伤周围组织、便于手术复位、减轻手术中出血,术前也可先行牵引治疗 7~10 d,牵引方法有皮牵引和骨牵引。

3.7.1 皮牵引护理 牵引前剃净患肢汗毛,洗净后涂上安息香酸酊,在未完全干燥前,沿肢体纵轴用胶布平行贴于肢体两侧,不可交叉缠绕,在骨隆突部位加纱布衬垫,以保护局部不受压迫。将胶布按压贴紧后,用绷带包扎肢体,一面胶布松脱,半小时后加牵引锤进行牵引。注意观察胶布及绷带有无松动或脱落,有无胶布过敏。鼓励患者取半卧位,作股四头肌舒缩运动,踝关节和足趾屈伸运动。注意检查松紧度,观察骨突部位有无受压,肢端的血运和感觉运动情况。

3.7.2 骨牵引护理

3.7.2.1 预防神经损伤 常用胫骨结节处骨牵引,护理上应特别注意观察有无腓总神经损伤症状,如足背伸无力及下肢感觉运动障碍。

3.7.2.2 预防针道感染,保持针眼清洁干燥,每天用 75% 乙醇消毒针眼处 2 次。针眼处有分泌物或结痂时,应用棉签拭去,以免发生痂下积脓。防止牵引针左右滑动,将牵引针稍折弯,用橡胶小瓶塞由牵引针两端穿入,卡于牵引针进出皮肤两端。如有偏移不可随手将牵引拉回,应用碘酊或乙醇消毒后调至对称。

3.8 康复期的护理

3.8.1 关节置换患者引流管已拔除的,情况允许可进行膝关节屈伸练习,髋关节伸直和旋转训练,以训练髋关节的活动度,同时可借助 CPM 机被动行髋膝关节活动,CPM 机开始屈膝角度从 30°开始,以后每日增加 5°~10°,每日训练 3~4 h,术后一周活动角度为 90°,以后逐渐由被动活动改为主动活动。患者术后病情允许,可在医务人员协助下练习坐立,但屈髋不超过 80°,如使用骨水泥固定假体术中无植骨,术后 3 d 可练习使用助行器下床行走,下床方法:患者先移至健侧床边,健腿先离开床,并使足部着地,患肢外展屈髋小于 45°由他人协助抬起上身,使患腿离床并使足部着地,逐渐用拐杖代替助行器^[6]。生物固定型假体下床时间要晚些。

3.8.2 DHS 内固定由于特殊手术方式,一般卧床 30~60 d,早期功能锻炼方法与关节置换一样,以肌肉舒缩及远端关节活动为主,两周后才开始作屈膝屈髋的锻炼,因此卧床期间的护理任务更艰巨。

3.8.3 指导患者继续加强患肢肌肉及关节功能锻炼,按时翻身、拍背,合理进食,预防褥疮及肺部感染的发生。

3.9 出院指导

- 3.9.1** 嘱患者防止跌倒,睡觉时尽量平卧,两腿之间夹枕头,若确需侧卧,最好取健侧卧位,两腿之间用枕头保持患肢外展。
- 3.9.2** 嘱患者病情允许时可完成日常生活,但避免重体力劳动及剧烈运动,一定做到不跷二郎腿,不打盘腿,不坐矮凳子。
- 3.9.3** 出院后 1 个月、3 个月、半年以后每年来院复查。如果出现患肢红肿、热痛、体温升高需随时就医。螺钉及多针内固定出院后每 2 个月拍片复查一次,根据骨折愈合情况决定能否负重。

治愈老年股骨颈骨折手术是唯一有效的治疗手段,手术成功的关键在于术前要做好心理护理、健康教育、术前准备,术后体位的摆放,生命体征、疼痛、出血情况的观察,预防并发症的发生及康复期的功能锻炼。正确指导患者进行功能锻炼并根据老年人病理、生理、心理以及现存的或潜在的问题进行全方位、个性化护理。40 例患者治愈率 100%,无一例并发症的发生,均提前出院。整个住院期间,患者对护士服务态度、服务质量满意率明显提高。患者不仅掌握了骨折方面的治疗知识,还了解了康复期的功能锻炼方法。总之,围手术期的护理是保证老年股骨颈骨折手术成功的重要因素,护理人员只有运用科学方法,做好围手术期的护理,有针对性地对患者进行指导,并加

强与医生、患者及家属的沟通,才能减少术后并发症的发生,促进骨折愈合和机体康复,提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 孙蕴军,王雅屏.老年股骨颈骨折的原因分析及预防[J].中华护理杂志,1995,42(1):15.

[2] 陆静波,周临东.骨伤科护理学[M].北京:中国中医药出版社,2005:84-88.

[3] 黄人健,徐润华.护理学[M].济南:山东大学出版社,2005:252-404.

[4] 王彤,王殿文,张跃,等.肌力训练对全髋置换术患者髋关节的生物力学影响[J].中国康复医学杂志,2001,16(5):290-292.

[5] 高华,骆贤萍,刘琴,等.高危、高龄患者人工髋关节置换术护理体会[J].实用护理杂志,2000,16(11):3.

[6] 刘花转,李麦玲.人工关节置换患者的康复指导[J].实用护理杂志,2002,18(8):24-25.

(收稿日期:2011-06-11)

在护理工作中树立药学服务理念

王艾萍¹,黄淑君²,岑 熙²(1.江苏省连云港市第二人民医院东院区 222000;2.重庆医科大学附属第一医院血管外科 400016)

【摘要】 目的 护理人员作为临床药学服务临床用药的执行人,同时作为临床给药监护的实施者,应该树立药学服务的概念,适应药学服务和药学发展的新要求。**方法** 从临床护理实际出发,结合阅读相关文献,探讨护理工作的问题,分析树立药学服务在细节上对护理人员的新需求。**结果** 在临床用药中,护理人员应熟悉相关药品知识;在药物监测与不良反应监测等这些药学中的新体系中,发挥自己的作用;提高个人的责任感和修养。在实践中全面树立药学服务的概念。**结论** 护理人员在临床工作中充分树立药学服务的理念,全面提升护理质量。

【关键词】 护理工作; 药学服务; 执行者

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.21.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)21-2657-03

药学服务就是医护人员利用药学专业知识和工具,向社会公众(包括患者、家属及其他关心用药的群体等)提供与药物使用相关的各类服务。开展药学服务已是我国医院药学发展的大势所趋,其目的是促进临床安全、经济、合理、有效用药,更好地为患者服务。护理工作是整个医疗卫生事业的重要一环,它对疾病的预防、诊断和治疗起着极为重要的作用。在药学理论飞速发展和药物快速更新换代的今天,被动地遵医嘱给药已不能满足现代护理工作的需要,这就要求护理人员在临床实践中拓宽自己的用药知识,贯彻药学服务的理念。

1 现阶段护理工作中存在的药学问题

随着医药科技的迅猛发展,应用于临床的新药越来越多,但是由于多年来护理教育体制滞后,护士绝大多数只受过专科教育,药学知识缺乏,妨碍了护理质量的进一步提高。

1.1 药学知识缺乏 临床护士药学知识相对滞后,在校期间的药学理论学习只是打下一个基础。药理学、药代动力学、药物化学等都是专业性很强的学科。同时护理专业所选用的药理学类教科书都是经过精简的,并非主修科目,未受到相应的重视。因此仅凭教科书上学到的知识已远远不能满足当前护理工作的需要。

1.2 药品说明书的使用率低 新药层出不穷,许多药品即使在最新的药物手册中都难查及,直接阅读药品说明书不失为了

解药物相关知识的一种方便快捷的途径,然而临床护士对药品说明书的使用率非常低。

金岚和彭文^[1]对北京市某三级甲等医院 218 名临床护士使用药品说明书的情况进行调查。结果几乎不看和偶尔阅读药品说明书的护士占 48.6%,原因包括:工作忙没时间者占 38.5%,对药品说明书中的内容不能完全理解占 33.0%,对于说明书上的内容,护士认为不能理解的方面主要是药理毒理,占 69.3%,其次是药物相互作用占 64.2%。

1.3 药学服务意识弱 很多护士在工作中仅仅扮演着医嘱执行者的角色,认为用药正确与否是医生的责任,没有把护理学当成一门独立的学科,对患者进行药物知识宣教的整体护理意识不强。

1.4 药物使用方面存在诸多问题 静脉药物配制中心的建立使药品的管理更规范、更科学,提高了静脉输液的安全性、合理性,提高了临床护士的工作效率。但是如何让护士在远离加药工作的同时,仍能掌握药物的相关知识,保证给药的准确性,并能给予患者合理的药物指导是护理工作面临的又一问题^[2]。

1.4.1 给药时间间隔不合理 在药物用法上,3 次/天是指每 8 h 用药 1 次,2 次/天是指每 12 h 用药 1 次,这是根据药物的半衰期和药物在人体内的有效血药浓度来确定的。只有按均衡时间给药,才能确保药物的血药浓度在 24 h 内都处于有效