

其中结果大于 10 000 的 440 例标本,甚至要进行 2 次稀释,占所有检测标本的 21.8%。如果预先进行初步定性测定,仅有 26 例进行了 2 次测定,占所有检测标本的 1.6%。这样不仅大大缩短了检测时间,提高了工作效率,节约了医生临床诊断的时间,而且从患者切身利益考虑,也节约了患者的支出。按国家规定收费标准,标本每稀释一次,需收取一次的检测费用 60 元。

因此,作者认为胶体金免疫层析定性试验与化学发光定量检测相结合进行 HCG 定量测定,无论从医院方面考虑(医疗成本支出,积极有效服务临床),还是从患者方面考虑(节约了医疗支出,缩短了诊断的时间),创造了良好的社会效益。都是

一种不错的选择。

参考文献

- [1] 方群. 妇产科检验诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:63.
- [2] 熊立凡. 临床检验基础[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:153.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:113.

(收稿日期:2011-06-15)

心内科病房搬迁中护理安全隐患评估及管理对策

杨中银(重庆市永川区人民医院心内科 402160)

【摘要】目的 评估心内科病房搬迁过程中患者、设备、药品搬迁及查对、患者物品保管等工作中存在的护理安全隐患。**方法** 通过强化护理人员的安全意识、健全护理安全管理机制、明确安全管理责任、加强医患和护患沟通、严格操作规程等方法。**结果** 安全有效地将 50 例患者(包括 10 例危重患者)、15 余台贵重抢救仪器、检查设备及各类药品和物资等安全搬迁至新病房,无护理差错事故发生及设备损坏,确保了病房搬迁中的护理安全。**结论** 在充分评估安全隐患的基础上,科学有效的安全管理办法,保证了搬迁安全,规避了医疗风险。

【关键词】 心内科病房; 搬迁; 护理安全隐患; 评估; 对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)22-2796-03

随着人们生活水平的逐年提高,患者对就医环境的要求也越来越高。本院按等级医院的达标要求,为了更好地为患者提供优质的医疗服务,满足患者就医需求,改建了心内科病房,在新病房搬迁过程中,全科医护人员如何杜绝安全隐患,防止在搬迁过程中的心血管患者突发事件,成为医护关注的焦点。2010 年 11 月 16 日,本院改建心内科住院病房完成,正式启动病房搬迁预案,在充分评估安全隐患的基础上,建立了一套完整、科学有效的安全管理办法,保证了搬迁安全,规避了医疗风险。

1 病房搬迁的安全隐患评估

1.1 全科医护人员对科室搬迁思想动态评估 病房搬迁涉及多部门的统一协调问题,如果管理者不引起足够的重视,制定系统科学的搬迁方案,极易造成搬迁过程的混乱,引起安全事故及纠纷。由于此次只有心内科搬迁,科内一些医护人员不乐意配合,担心如果搬迁过程中出现问题得不到医院领导的帮助及支持,怕承担责任;加上目前住院患者多,护理工作量大和人员紧缺,一些医护人员因此对搬迁工作表现出消极心理。

1.2 新病房环境陌生的安全隐患及人力资源评估 若医护人员没有将病房搬迁的信息提前告知患者及家属,因准备不足导致患者及家属忙乱,引起心理情绪变化,导致患者病情变化。加之病房搬迁以后病房床号改变,药品、急救仪器设备、各类医疗用品摆放位置改变,楼层及电话号码调整等均给患者及医护人员造成一定的困惑,严重影响医护人员的工作效率及抢救质量。

1.3 患者转运中的安全隐患评估 如果搬迁前没有与患者进行必要的沟通,患者担心搬迁后床号变动致后续治疗错误,可能引起患者及家属的消极对抗情绪,还可能致患者钱财或贵重物品丢失。输液患者转送过程中如观察不仔细,护理不到位将导致液体皮下渗漏,致肢体肿胀或坏死;液体输完更换不及时,

可能引起空气栓塞。若医护人员忙于搬运,对危重患者病情估计不充分,加上心内科患者病情复杂变化快,抢救措施很难立即到位而延误抢救时机,而引起医患纠纷^[1-2]。另外冠心病重症监护病房(CCU)患者,留置管路以及需吸氧的患者在转运途中监测不到位,病情突变抢救不及时,管路扭曲滑脱,氧气供给不上等突发因素均可造成安全隐患。

1.4 药品及各类物品在转运中的安全隐患评估 因忙于将旧病房的药品及各类物品搬迁至新病房,转运过程中可能将药品及各类物品混杂放置,转运至新病房后因存放位置更换,若护士在放置时未严格执行查对制度,各种药品或物品没有严格分类,护士在治疗操作中查对不仔细而引起护理差错事故发生。

1.5 设备搬迁途中的安全隐患评估 心内科常用的抢救设备有除颤仪、吸痰器、气管插管镜、辅助通气装置、吸氧装置、中心监护装置等。若转运过程中对仪器设备保护措施不到位,导致设备损坏或零部件丢失,紧急抢救时因设备故障延误抢救时机。特别需要评估新、旧病房中心供氧装置安装厂家可能不一致,而致氧气流量表接口规格不一致,若不及时更换新氧气流量表,导致患者吸氧治疗不能立即跟上,遇紧急抢救时则会引起医疗纠纷。

1.6 病历、各种治疗单、检查报告单在转运途中丢失或错放的安全隐患评估 病历、各种治疗单、各项检查报告单等在转运途中丢失,或由于科室地址改变和患者床号变动使各种检查回报单不能及时送达到位,可能延误病情诊治工作;而护理人员可能因忙于搬迁未及时修改输液卡、口服药卡、注射单上的床号而造成护理安全隐患。

2 病房搬迁的护理管理对策

2.1 向全科医护人员进行科室搬迁的动员教育及人力资源的调配

2.1.1 科室针对目前护理工作量大和人员紧缺的情况,召开

全科搬迁动员大会,传达了院长的相关会议精神,邀请分管院长对心内科搬迁的意义、工作形式再次强调、进行分析和工作进行再动员;护理组通过质控分析会、业务学习会等形式对全科护士进行再动员和宣传,鼓励全科护士积极行动起来,确保搬迁工作有序完成。

2.1.2 做好医护人力资源的调配。科室对所有医护人员的能力、综合素质、工作经历等方面进行全面分析,将他们分成急救组、管理组、一般搬迁组等进行分组集训,各组人员又分派成多组搬运,全力配合。所有人员均积极支持、大力配合搬迁的总体部署。

2.2 医护人员及患者对新病房环境陌生的安全隐患管理对策
2.2.1 护士长在搬迁前组织护士到新病区熟悉环境,了解病区布局。CCU 病房抢救设备布局、普通病房每个新床位位置、治疗室的大致规划、护士站各种设施的配置和用物摆放以及中心供氧、呼叫铃、新病床的使用及安全通道等,减少心理担忧。同时科室要求当天的夜班护士提前 1 h 上班,熟悉新病区搬迁后的情况,交接各类药品及物品,检查设备仪器的功能状态,了解危重患者病情等。严格落实查对制度,保证夜班医疗护理安全。

2.2.2 医务人员在搬迁前提前告知患者及家属搬迁工作的重要性和必然性,使患者及家属有充足的时间进行身心准备。选择适当的时间分批带患者到新病区熟悉环境。搬迁前一天把患者的姓名、旧床位号、新床位号、搬迁路线制成新旧床位对照表,每位患者发放一份新旧床位号对应表,以便患者在搬迁中能顺利找到新病房的床位,并提醒患者或家属随身保管好钱物及贵重物品。避免因准备不足导致患者及家属忙乱,引起心理情绪变化,导致患者病情变化。新旧床位对照表还要发到每位搬迁人员手中,保证搬迁及查对工作的顺利进行。

2.3 患者转运中的护理安全管理对策

2.3.1 搬迁当天医护人员管理 成立病房搬迁安全管理小组及规范职责。负责病区内患者转运途中的医疗护理安全,巡查各转运通道的畅通情况及转运患者的突发事件,协助患者做好必要的准备。当天科内所有工作人员提前 1 h 上班,医生提前 30 min 查房,及早检查分管患者的身体状况,对搬迁中可能存在风险的患者积极调整治疗方案,并告知搬迁人员被搬迁患者存在的潜在风险并亲自护送。科内所有人员临时分成 2 个部分:当天本应上班人员为第 1 组,负责基础护理及治疗准备工作,早上 7:30 开始输液治疗工作。当天本应休息的人员为第 2 组,协助搬迁杂工,在患者输液治疗完成之前先搬迁治疗室、库房、值班室等暂不用的物资,并负责新病床上用物的检查完善工作,保证新床单元在患者搬迁后能马上投入使用。待大部分患者输液结束后,开始搬迁患者,大大降低了转运途中液体渗漏的风险。

2.3.2 患者转运中的风险管理对策 由于心内科患者病情复杂多变,医务人员应尊重患者的知情权,履行告知义务,告知患者及家属转运途中的风险,减少医疗护理纠纷,医务人员紧密配合,分工明确。转运前主管医生充分评估患者的病情,再进行统一组织协调^[3]。科室成立搬迁急救小组,负责本科室危重患者的转运工作。病房搬迁安全管理小组负责调用非搬迁科室的平车、轮椅、除颤仪、简易呼吸囊、微量泵等仪器物资,确保危重患者转运工具的配备。首先转运危重患者,再转运需要平车或轮椅的患者,最后转运可自行行走的患者。备足急救药品及抢救监护设备,保证转运通道畅通。同时调配行政和后勤工

作人员,配备科室协助转运病情轻患者及物品的转运工作,最大限度地缩短搬迁时间,保证转运安全。取消当天临时分组,按事先分成的搬迁组搬迁。在患者转运结束后再次检查物品有无遗失,及时收集现有和潜在的护理安全隐患,保障各环节的护理安全。

2.3.3 需留置引流管、吸氧、监护及辅助呼吸患者在转运中的管理对策

2.3.3.1 对留置引流管的患者在转运途中应仔细观察,固定牢固,防止管道扭曲、滑脱等情况发生;吸氧患者转运前将氧气袋充足,避免转运途中缺氧或吸氧管移位。

2.3.3.2 需监护及呼吸机辅助呼吸的患者搬迁前充分评估患者可能发生的潜在风险,向患者家属签署搬迁同意书,配备由 4 名以上资深医生、资深护士及搬运人员组成的搬运急救组进行搬运,途中严密观察患者病情、保证吸氧通畅,呼吸机监护仪运行良好,相应急救药物和除颤仪随同,保证搬迁途中发生异常情况能立即应对。

2.4 药品、各类物品在搬迁过程中的安全对策 指定护士负责科室各种备用药品及各类用物的转运工作,转运前分类包装,转运到后对各类药品及物品仔细查对放置,各类药品及物资放置地点标记清楚、醒目。患者全部转运到新病房后仔细核对患者,给药及操作前严格执行查对制度,避免护理安全隐患发生。

2.5 设备搬迁中的安全对策 搬迁过程中注意对监护仪、除颤仪、吸痰器、心电图机等设备仪器的保护,避免零部件丢失或设备损坏,搬运后及时安装并检查设备有无损坏,运行是否良好,发现问题及时维修,以免因设备故障延误抢救时机。在搬迁之前检查吸氧装置与表接口的规格是否一致,发现吸氧装置与表接口不一致,应提前上报设备科及时领取新流量表,防止患者的吸氧治疗不能立即进行,引起医疗护理纠纷。

2.6 医疗文书、治疗单和服药卡在转运中丢失或错放的对策 病房搬迁前先告知功能医技科室搬迁后新地址和联系方式,对病床号变动情况及时告知功能科,以减少检查单据丢失和检查结果错报。对转床患者的长期口服药单、注射单、输液卡应双人认真查对,严格遵守操作规程,杜绝差错发生,减少护理安全隐患。

3 结 果

通过病房搬迁安全管理小组的精心组织和安排策划,以及全科人员的通力配合,圆满地完成了病房的搬迁工作。所有患者安全转移,并且情绪稳定;贵重抢救设备及各类药品物资均安全搬迁到位;呼叫系统、科室计算机网络及中心供氧装置使用正常,无意外情况发生,达到预期目标。

4 讨 论

安全风险评估与管理是保障患者生命安全的必备条件,是减少医护质量缺陷,提高医护水平的关键环节,是控制和消除安全隐患,避免医疗护理纠纷和事故发生的关键举措。病房搬迁时护理管理者适时有效的安全管理,不但提高了护理人员的安全责任意识,而且增强了医护人员对医疗风险事件的应对能力。搬迁过程中重视转运通道的畅通,秩序井然,特别关注危重患者的安全,抢救设备的完好率,转运人员及工具的调配,把安全隐患消灭在萌芽状态,让各项医疗护理工作都尽快步入正轨。

参考文献

[1] 牛惠玲,唐玉芳,王秀丽.病房搬迁中护理安全隐患分析

及对策[J]. 新疆医学, 2009, 39(10): 118-120.

16-17.

[2] 李红丽, 叶菲, 刘国红. 病房搬迁中护理安全隐患分析及管理对策[J]. 护理学报, 2007, 14(9): 36-38.

(收稿日期: 2011-06-15)

[3] 姜国和. 医疗风险与风险转移[J]. 中国医院, 2002, 6(3):

头位难产的识别与处理

陈美蓉(重庆市西郊医院预防保健科 400050)

【摘要】 目的 分析头位难产的临床表现, 总结头位难产的识别与处理方法。方法 对头位难产病例从发生原因、临床表现、处理方法、分娩方式、对母儿的影响进行分析与总结。**结果** 胎头位置异常是头位难产的主要原因。**结论** 胎膜早破是头位难产的早期信号, 胎头下降延缓或停滞, 第二产程延长是头位难产的晚期表现, 及时发现与处理胎头位置异常、纠正产力异常是处理头位难产的关键。

【关键词】 头位难产; 识别; 处理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)22-2798-01

头位难产即以头为先露的难产。分娩是一个动态过程, 是否顺利取决于产力、产道、胎儿及产妇的精神因素, 它们既相互影响又互为因果关系^[1-2]。因此, 产科医务工作者必须仔细观察, 早期发现难产倾向, 及时作出正确判断并进行恰当处理, 以保证分娩顺利和母婴安全。

1 临床资料

1.1 一般资料 2005 年 10 月~2007 年 9 月本院住院分娩产妇 2 186 例, 头位难产 261 例, 发生率为 11.94%, 与文献报道的 12.56% 接近^[3]。初产妇 227 例, 经产妇 34 例, 产妇产龄 21~39 岁, 平均 28 岁, 孕周 37~40⁺⁵ 周。

1.2 头位难产发生的原因 资料显示, 头位难产发生的原因以胎儿因素为主, 其次是产力、产道和精神因素。胎儿因素 190 例(72.80%); 产力因素 35 例(13.41%), 产道因素 20 例(7.66%), 其中骨产道异常 15 例, 软产道异常 5 例; 精神因素 16 例(6.13%)。胎儿因素中胎头位置异常 175 例(67.05%), 其中持续性枕横位 123 例, 持续性枕后位 47 例, 胎头高直位 3 例, 后不均倾位 1 例, 面先露 1 例; 巨大儿 6 例(2.30%); 由于脐带绕颈或脐带过短导致的胎头下降受阻及产程延长 9 例(3.45%)。

1.3 头位难产的临床特点

1.3.1 胎膜早破 多因胎头位置异常, 使胎头不能衔接或衔接不良压迫直肠, 使产妇过早使用腹压, 导致前羊水囊受力不均发生胎膜早破。破膜后羊水大量流出, 降低了羊水对胎儿的缓冲作用, 宫壁紧裹胎体, 宫内压直接作用于胎儿, 易发生胎心率异常; 另外胎头与宫壁的摩擦力增大, 阻碍内旋转。

1.3.2 腹部触诊及听诊 在产程早期、宫缩间隙进行腹部触诊, 腹壁的正中或稍偏旁一点可触到明显的或多个肢体, 听诊时胎心位置也靠近腹壁正中。

1.3.3 宫缩乏力、产程延长 多因头盆不称、胎头位置异常, 胎头不能紧贴宫颈内口反射性引起宫缩; 另外产妇过度紧张及体力消耗过多也可引起宫缩乏力, 从而导致产程延长。

1.3.4 宫颈水肿 主要是胎头位置异常引起, 特别是枕后位压迫直肠使产妇过早屏气用力, 宫颈长时间受压, 导致宫颈水肿。

1.3.5 胎头下降延缓或停滞 多由于头盆不称、胎头位置异常、宫缩乏力引起, 是头位难产的晚期表现。

2 结 果

2.1 分娩方式 261 例头位难产, 经适时处理, 自然分娩 115

例(44.06%), 阴道助产 28 例(10.73%), 剖宫分娩 118 例(45.21%)。170 例持续性枕横位及枕后位经采取体位及徒手旋转胎头纠正胎位后, 75 例自然分娩, 阴道助产 23 例, 72 例剖宫分娩; 胎头高直位、后不均倾位及面先露共 5 例均剖宫分娩; 6 例巨大儿, 除 1 例经产妇自然分娩外, 余 5 例均剖宫分娩; 脐带因素中 1 例自然分娩, 8 例剖宫产。产道异常 20 例中 1 例软产道异常经处理自然分娩, 余 19 例剖宫分娩。产力因素 35 例中 25 例经纠正自然分娩, 5 例阴道助产, 5 例剖宫产。精神因素中 12 例自然分娩, 4 例剖宫分娩。

2.2 对母亲和新生儿的影响 发生新生儿窒息 54 例(20.69%), 中度窒息 18 例(6.90%), 重度窒息 6 例(2.30%); 胎头血肿和严重胎头水肿 26 例(9.96%); 产后出血 13 例(4.98%), 10 例由宫缩乏力引起, 其中 1 例多种方法处理无效行子宫次全切除, 3 例由软产道撕裂引起; 腹部切口感染 2 例。

3 讨 论

3.1 头位难产的识别

3.1.1 腹部触诊和听诊识别头位难产 腹部检查时要注意观察腹部形态、胎心及胎儿肢体的位置。枕后位时在腹壁正中或稍偏旁较易摸到胎肢和听到胎心, 当胎背和胎儿肢体分别位于腹部两侧时, 考虑为枕横位, 而枕前位在腹部是不易摸到肢体的。悬垂腹及身高小于 145 cm 者, 尤其是跨耻征阳性常提示头盆不称。

3.1.2 有下列临床表现时要警惕头位难产 (1)胎膜早破: 据统计, 胎膜早破的难产发生率为 46.1%^[4], 因此对胎膜早破者要密切观察, 及早明确胎方位。(2)宫缩乏力: 头盆不称、胎头位置异常、产妇过度紧张, 可导致原发性或继发性宫缩乏力。(3)胎头下降延缓或停滞、产程延长是头位难产的重要表现, 多数是由于胎头位置异常引起。严重的胎头位置异常在骨盆入口即受阻而不能衔接, 表现为潜伏期延长或活跃早期宫口扩张延缓或停滞、宫颈水肿。轻度的胎头位置异常, 要胎头到达中骨盆平面时才遇到阻力, 表现为活跃期延长、胎头下降延缓或停滞、第二产程延长。因此, 胎头下降延缓或停滞、第二产程延长是头位难产的晚期表现。(4)胎儿宫内窘迫、颅骨骨缝过度重叠或严重的胎头水肿。(5)产妇过度紧张、进食及睡眠差、过早屏气用力、体力衰竭、肠胀气、尿潴留。

3.1.3 骨盆内诊 根据矢状缝和大小囟门的位置与骨盆的关系判断胎方位。检查时要仔细体会, 特别是胎头水肿较明显时, 结合腹部触诊和听诊及 B 超进行综合判断。(下转第 2816 页)