

错的发生,确保医疗安全。

## 2 集中式管理的效果

### 2.1 加强了环节质量管理,控制了医院感染的发生

**2.1.1** 手术室护士由于没有经过专业的培训,清洗的质量达不到要求,而且为了节约成本和节省工作时间,不会用清洗剂浸泡,清洗时也不会按照三项行业标准的冲洗、洗涤、漂洗、终末漂洗流程对污染器械进行清洗;更没有对器械的清洗质量进行日常监测和定期监测;手术室无纯水设备,只能用自来水清洗器械,自来水中的矿物质及杂质残留在器械表面,导致器械的损害,更重要的是影响灭菌效果。只有具备专业的清洗、消毒和灭菌知识,才能提供有质量保证的物品<sup>[5]</sup>。CSSD 集中式管理使清洗、消毒、灭菌质量、灭菌效果监测等各个环节质量严格按行业标准执行,有效杜绝了以上情况的发生。

**2.1.2** 未实施集中管理前,布类在手术室包装,布类纤维到处飞扬,给手术室的环境带来一定的污染,给患者造成严重的安全隐患。集中式管理的实施使污染的手术器械、布类集中到 CSSD 进行清洗、消毒灭菌,从而减少对手术室环境的污染,保证手术患者的安全<sup>[4-5]</sup>,有效控制医院感染的发生。

### 2.2 提高了满意度

**2.2.1** CSSD 集中管理把手术室的护士从器械的清洗、包装中解放出来,使手术室的护士有更多的时间专研专科知识<sup>[4]</sup>,从而减少了手术患者的恐惧心理,确保手术患者的安全,大大提高了手术患者对手术护士的满意度。

**2.2.2** CSSD 集中管理,使 CSSD 的护士也认识到自身的职责

和任务,严格按照三项行业标准要求完成手术器械的清洗、包装和灭菌。通过不断学习和在工作中经验的积累,CSSD 专业技术水平得到很大的提升。通过专业之间的交流和配合,使 CSSD 和手术室的关系更加紧密<sup>[6]</sup>。污染器械的回收、清洗、包装、灭菌和发放均达到了三项行业标准要求,手术的安全质量也得到有力保证,手术室的医生和护士对无菌物品的质量和 CSSD 的服务满意度不断提升。

## 参考文献

- [1] 惠雅君,刘洪艳,韩平平.实施消毒供应中心集中管理促进手术室专业发展[J].中国护理管理,2011,11(1):22-23.
- [2] 中华人民共和国卫生行业标准:医院消毒供应中心第 1 部分.管理规范 ICS11.020.C05[Z],2009.
- [3] 巩玉秀.制定我国医院 CSSD 相关标准的必要性[J].中国护理管理,2009,9(3):5.
- [4] 郝桂娥,王悦.消毒供应中心与手术室集中式管理实施效果与体会[J].中国护理管理,2012,12(3):5.
- [5] 陈慧,黄浩.区域化消毒供应中心工作定位的思考[J].齐鲁护理杂志,2009,15(1):8.
- [6] 俞丽云.手术物品集中供应存在的问题和对策[J].浙江临床医学,2008,10(5):719.

(收稿日期:2013-01-12 修回日期:2013-03-27)

# 急诊科护士素质培养探讨

李兴杰,郭伟(重庆市梁平县人民医院急诊科 405200)

**【关键词】** 急诊科; 护士; 素质

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)15-2061-02

素质是指人在正常的生理、心理基础上,通过后天的教育学习、实践锻炼而形成的品德、知识、思维方式、劳动态度、审美观念、气质、性格特征等方面的修养水平。护士素质是指在一般素质基础上,结合护理专业特性,对护理工作提出的特殊的素质要求<sup>[1]</sup>。

## 1 护士应具备的素质

思想素质:道德品质好,医德医风佳。文化素质:良好的基础理论、丰富的医学知识,一定的护理创新能力。心理素质:护士心理健康,是健康行为的内在驱动力。技能素质:娴熟的护理操作技能,是做好护理工作,满足患者需要的重要保证<sup>[2]</sup>。

## 2 急诊科护士应具备的素质

要保证急诊工作的顺利进行,真正做到救死扶伤,保障急救绿色通道畅通,这就对急诊科护士的素质提出了更高的要求。作为一名急诊科护士应具备以下素质:

**2.1 高度的责任心** 急诊科护士强调的是一颗高度的责任心!健康所系,性命相托,自古以来对从医者就有特殊的职业伦理道德要求,目前倡导的“救死扶伤,爱岗敬业、精益求精、乐于奉献、文明行医”的行业风尚,要求急诊科护士不仅要有精湛的医疗技术水平,更要具备高度的责任心<sup>[3]</sup>。责任心是职业道德的核心。强化急诊科护士的责任心,比其他行业显得尤为重要。如果护士在工作中疏忽大意、掉以轻心,就会增加患者的痛苦,甚至丧失抢救患者的时机。因此,每个急诊科护士都应认识到护理工作的重要性,要树立爱岗敬业的精神,用强烈的使命感和高度的责任心,以患者为中心,以抢救生命为己任,全

心全意为患者服务。

**2.2 理论知识牢固,技术过硬** 急诊科护士除必须掌握一手过硬的急救技能,具备丰富的医学知识及临床实践经验。应加强三基知识的培训,特别要强化急诊急救知识的学习,进一步掌握急诊护理学的具体内容和理论基础,掌握现代的急救技术。娴熟的急救技术,扎实的理论知识,对抢救的成败起着举足轻重的作用,抢救一次成功才能最有效而不失时机地抢救患者,最大效率发挥急诊急救功能,为抢救患者赢得宝贵时间。

**2.3 稳定的心理素质** 由于急诊科患者多,病种复杂,病情急,危重、突发及意外情况多,急救护理工作充满着风险,随机性强,在心理上时时刻刻处于高度紧张的应激备战状态。急诊科护士在工作中要养成处变不惊、临危不乱,沉着、冷静,一切抢救工作强调稳、准、快、好。急诊工作的随机性强,工作时长,救护车车况的好坏以及出诊时的安全等因素除了对护士本人直接造成影响外,对护士亲人的工作和休息也会造成不同的影响。一方面社会应多理解多关爱急诊科护士,同时医院领导应改善急诊科的工作环境,配备性能完好的救护车,同时注意提高驾驶员的技术及安全意识,提高他们的待遇,保障稳定急诊。

**2.4 良好的沟通能力** 在急诊工作中,需要时刻与各种急诊患者接触,就必定会涉及与患者沟通方面的问题,使得急诊科成为医疗纠纷的高发地。因此,有效地减少急诊科的医疗纠纷就意味着减少全院的医疗纠纷。如何加强新形势下的护患交流,是急诊科护士必须思考的问题。作为一名急诊科护士要学习沟通技巧,运用语言艺术及恰当的肢体语言进行有效沟通,

同时学会用高度的灵敏性和洞察力,及时准确地发现急诊患者现存或潜在的健康问题,准确捕捉其心理变化,并能以最恰当的方式解决问题,满足其需求。护士与急诊患者间良好的沟通,对减轻患者身心痛苦,缓解矛盾,提高抢救成功率是非常重要的。

**2.5 良好的身体素质** 急诊科护士需具备良好的身体素质是由急诊工作的特点所决定的。急诊的特点是突发情况多,工作量大,有时短时间内可能有大批急诊患者到来,使工作负荷骤然加大。作为一名急诊科护士不仅要随时处理各种危急重症患者,还需面对不定时的出诊,工作时间长,有时会遇到患者无家属或是老弱病残等情况,急诊科护士必须抬患者、背患者等,劳动强度大。因此,良好的身体素质是急诊科护士出色完成繁忙、紧张的急诊、急救护理工作的首要前提。

**2.6 较高的急救管理能力** 在急救护理工作中管理非常重要,急诊科护士需按照“5S+1”管理急救药品、物品,保持急救仪器设备的完好率达到100%<sup>[4]</sup>,同时协调好各方面的关系,最大效率发挥急救功能。因此急诊科护士应注意培养提升自己的管理能力。

**2.7 高度的法律意识** 随着国家法制的不断健全,社会监管机制的多样化,患者维权意识的不断增强,使得护患关系变得日益紧张。在平时急救护理工作中多次发生各种原因引起的患者不满及投诉,导致护患纠纷,甚至是医疗事故。故急诊科护士在严格掌握相应操作技能及规范的情况下,也应该有强烈

的法律意识,依法行护,牢固树立“安全第一,质量第一”的观念<sup>[5]</sup>。

总之,结合多年急诊科工作的经验,深刻体会到培养急诊科护士具有良好的素质能保证急诊工作更好地完成,确保急诊医疗服务质量与安全,有效减少急诊科护患纠纷的发生,同时保障急诊科护士的身心安全。因此,急诊科护士应做到“护理知识系统化,护理技术专业化,临床服务亲情化”。

## 参考文献

- [1] 赵莹,张艳.浅谈低年资护士急诊急救能力的培养[J].中国卫生产业,2012,9(10):51.
- [2] 周红.急诊科护士的职业倦怠原因及对策[J].内蒙古中医药,2012,31(9):170-171.
- [3] 何斌斌,王华军,黄瑞英,等.广东省急诊专科护士培养模式的探讨[J].现代临床护理,2012,11(5):59-61.
- [4] 丘宇茹,吴惠文,王吉文.护士核心能力培训对提高急诊科护士业务水平的效果[J].当代护士:学术版(中旬刊),2012,20(6):158-159.
- [5] 陈双燕,邓小燕.急诊科新入职护士管理模式的探讨[J].吉林医学,2012,33(13):2845-2846.

(收稿日期:2013-01-02 修回日期:2013-03-01)

# 高血压脑出血微创与开颅手术方式治疗体会

杨 渊(重庆市梁平县人民医院 405200)

**【关键词】** 高血压脑出血; 微创引流; 开颅血肿清除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)15-2062-02

本科室自2008年3月至2012年3月共收治高血压脑出血患者176例,其中血肿量为30~50 mL的有93例,采用微创引流术;大于50 mL的有83例,采用开颅血肿清除术加去骨瓣减压术。二者均取得了较满意效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 176例高血压脑出血患者中,血肿均位于基底节区,男性105例,女性71例;年龄45~79岁,平均61岁;其中出血量30~50 mL者93例,大于50 mL者83例;手术距发病时间2~6 h 35例,>6~12 h 70例,>12~24 h 51例,大于24 h 20例。

**1.2 临床表现** 格拉斯哥昏迷评分:3~8分53例,9~12分103例,13~15分20例;肢体偏瘫139例,面瘫112例,不同程度失语96例。头颅CT提示出血部位及出血量(按多田氏公式计算)为:内囊区出血133例(大于50 mL者91例,30~50 mL者42例),外囊区43例(大于50 mL者32例,30~50 mL者11例)。

**1.3 手术方式** 根据CT计算出血量,30~50 mL者采用微创引流术,根据CT定位血肿,确定穿刺点,并选取相应长度YL-1型微创穿刺针(北京万福特生产);采用局部麻醉,垂直于颅骨,在电钻驱动下将穿刺针置入到血肿腔内,拔除针芯,见血性液体溢出后,用5 mL空针缓慢抽吸血肿,第一次抽吸量约占总出血量的60%~70%;术后第1天,根据复查CT情况,若血肿引流好,大于80%继续引流,3 d后拔管;若引流小于80%,则用5 mL空针轻柔抽吸引流管(不能太用力);若抽不

出血液则不能强抽,然后用0.9%生理盐水2 mL加尿激酶5万单位注入引流管,再用0.9%生理盐水2 mL冲管,使尿激酶充分到达血肿内,夹闭引流管,保留2 h后开放引流,持续3 d,每天2次;第4天再复查头颅CT,直到血肿基本引流充分,拔除引流穿刺针,缝合头皮穿刺点,以防止脑脊液漏。大于50 mL者采用开颅血肿清除术加去骨瓣减压术,根据血肿位置确定相应开颅部位,用5 cm×5 cm骨瓣开颅,切口选择原则上应避免脑重要功能区、重要血管区,在血肿距头皮最近处,以切口中心点对应血肿层面为最大层面,切开头皮;头皮夹止血,电钻钻孔,铣刀铣开颅骨,悬吊硬脑膜,放射状剪开硬膜,沿脑回方向切开皮层直至血肿区,牵拉脑组织时尽量灵活使用细吸引器和电凝镊以取代脑压板;清除部分血肿,让血肿腔暴露良好,周围血肿自动被脑组织挤入视野内,或轻抬血肿壁就能看到周边血肿,必要时用生理盐水冲出周边血肿;完全清除血肿后彻底止血,置管引流,再用人工硬脑膜(美国强生)修补已缺损硬膜,丢弃骨瓣,分层缝合头皮切口。

**1.4 术后处理** 术后血压控制在150~130/90~80 mm Hg,也可根据患者日常血压,采用硝普钠静脉点滴,将较高血压控制到比日常水平低20~30 mm Hg,切忌忽高忽低。有颅内高压症状者,常规应用脱水剂,并采用预防感染、脑保护、维持水电解质平衡、保护胃黏膜等综合治疗,同时做好护理工作。

## 2 结 果

176例高血压脑出血患者中,93例行微创引流,83例行开颅血肿清除术加去骨瓣减压术,术后有25例患者因深昏迷,排