

科特点制定训练计划,对专科设备由各护理单元结合岗位特点制定专科训练计划,使共同训练与专科训练有机结合。

3 结 果

对2007年、2008年护士训练前后的考核成绩进行比较,参加训练考核186人,共考核7项,1302人次。训练前及格919人次,及格率70.6%;训练后及格1246人次,及格率95.7%,未及格者经过第2次考核均及格。考核结果表明,正确实施训练,护士的战伤救护水平有显著提高,训练后操作技能考核成绩优于训练前的操作技能考核成绩,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4 讨 论

4.1 提出了战救护理技术平战结合训练模式和方案。依据系统科学原理,分析并提出了战救护理技术训练系统的三个基本要素:训练方案、训练方法、训练平台,并据此提出了适于平战结合模式包括训练计划、训练内容、制度规范、实施步骤、考核标准的训练方案。

4.2 实证了适用于平战结合训练模式的系列训练方法。本研究依据训练方案,基于对战救护理技术训练过程中难点和训练平台的利用分析,选择了多种训练方法(模拟训练法、分层次训练法、结合演习训练法、联合120训练法、岗位训练法等等),并通过训练实践论证各种方法的适用性。

4.3 开发(应用)了战救护理技术训练的系列平台。本研究开发了《医院护理信息系统》,依托医院急诊科、医院科室护理站和院前急救站实施战救护理技术训练,通过训练实践论证了其作为战救护理技术训练平台的可利用性,研究形成基于平时救治护理工作平台实施战救护理技术训练的系列平台,实现了平时实施急救训练与战救护理技术训练的有机结合。

参 考 文 献

- [1] 应可满. 海上运输船医疗队卫勤保障训练做法[J]. 解放军医院管理杂志, 2006, 13(5): 398.
- [2] 张 敏, 孙淑华, 邓胜平. 军队医院护理队伍战备建设面临的问题及对策[J]. 解放军护理杂志, 2002, 19(5): 83-84.
- [3] 李亚萍, 华艳萍, 方玉桂, 等. 多媒体教学课件的制作体会[J]. 南方护理学报, 2000, 7(5): 111-112.
- [4] 姚 琳. 多媒体技术在急救护理中的应用及效果评价[J]. 现代护理, 2003, 9(11): 889-890.
- [5] 沈 洪. 互联网在急诊医学中的应用[J]. 急诊医学, 1999, 8(4): 280.
- [6] 孔 悦. 浅谈护理部在群体伤救护训练中的组织管理[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(9A): 53-54.
- [7] 许丽贞. 渡海作战水际滩头战伤救护训练与效果[J]. 护理研究, 2007, 21(1): 117-118.
- [8] 应可满, 夏 挺, 姜新莉. 论新时期军队医院加强应急能力建设[J]. 解放军医院管理杂志, 2005, 12(6): 559-560.
- [9] 黄 榕. 依托医院急诊科和院前急救站开展野战救护训练的实践与体会[J]. 护理管理杂志, 2008, 8(7): 36-37.

(收稿日期: 2008-10-30)

(本文编辑: 孙军红)

神 经 外 科 重 症 监 护 病 房 实 行 规 范 化 有 陪 管 理 模 式 探 讨

张 兰, 孙 媛, 崔 利, 戚军玉, 吴 坤
(解放军第97医院神经外科, 江苏徐州 221004)

[关键词] 重症监护病房; 陪护管理; 护理质量

中图分类号: R473.6 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0069-04

社会进步改变了人们的生活方式,提高了人们的生活质量,人们的需要层次也在不断地发生着变化。医院从过去严格限制探视陪护到今天成立家庭病房,是“人文关怀”相关理论的充分体现,是建立和

谐高效的医患关系的必然趋势。目前,对于重症监护病房(ICU)仍采用无陪管理,目的是减少感染机会,便于病房秩序的管理,避免陪护影响医疗护理工作。我院神经外科重症监护病房(NICU),2004年7月成

作者简介: 张 兰(1966-),女,江苏如皋人,大学本科,副主任护师,从事神经外科临床护理及管理工作。

立之初亦采用了无陪管理,随着现代医疗制度的不断完善,这种缺少亲情关怀的医疗护理在日常工作中,或多或少出现了医患、护患关系的不和谐。为此我院N ICU 从人文关怀的角度出发,自2006 年1 月进行了规范化有陪管理模式尝试,取得了明显的成效,现报告如下。

1 对象与方法

表1 患者一般情况比较

| 组别 | 例数 | 年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$) | 性别(例) | | 住 ICU 时间 (天, $\bar{x} \pm s$) | 入 ICU GCS 评分 | | 病种(例) | | |
|-----|-----|-----------------------------|-------|-----|-----------------------------------|--------------|-------|-------|-----|------|
| | | | 男 | 女 | | > 8 分 | < 7 分 | 脑出血 | 脑外伤 | 择期手术 |
| 研究组 | 276 | 45.25 ± 19.73 | 132 | 144 | 4.84 ± 4.70 | 78 | 198 | 97 | 129 | 50 |
| 对照组 | 241 | 47.94 ± 21.54 | 126 | 115 | 4.98 ± 4.91 | 67 | 174 | 86 | 118 | 37 |

1.2 方法 对照组:即在患者入住 ICU 后,由 ICU 护士介绍 ICU 陪护管理制度,强调限制探视及陪护的意义,家属不得进入 ICU,如有事可与 ICU 的医生和护士联络。医生、护士对患者实施的各项治疗、护理措施打印在患者执行单上,并悬挂在病床尾,每执行一项,护士进行打勾签名,次日让家属签字认可。研究组:即在患者入住 ICU 后,由 ICU 护士告知有关 ICU 规范化陪护管理制度,允许一名家属进入 ICU,但必须穿院方提供的消毒衣帽,消毒衣帽每日更换,有感冒等疾病者禁止入内。进入 ICU 的家属只能在其患者床旁陪护,不得大声讲话,到处走动,可在护士的指导下为患者做些力所能及的事,如抚摸患者传递情感关怀、协助洗漱、更换体位等一般生活护理及肢体功能锻炼。禁做吸痰、鼻饲、更换输液瓶等护理操作。如患者病情有变化实施抢救时,要求家属暂离现场,待患者病情稳定后再可入 ICU。护士对患者实施的各项治疗护理措施,亦同对照组一样,次日让家属签字认可。

观察内容:家属焦虑程度测试:用焦虑自评量表评估(SAS),该量表共20个项目,每一项有4个等级,最低1分,最高4分,总分为20~80分,得分越高焦虑越明显。由病房办公护士于患者入住 ICU 第二

1.1 对象 我科N ICU 床位5张,配备护士8人,护工1人。2004 年7月~2005 年12月实施无陪管理患者241例及其家属代表作为对照组;2006 年1月~2007 年12月实施有陪管理患者276例及其家属代表作为研究组。两组患者在年龄、性别、病种、入住时间及格拉斯哥昏迷评分(GCS)等方面,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。

天发放,即时填写后收回。满意率调查:采用军队整体护理规范中的满意率调查表,此调查表共17个项目,分满意、一般、不满意三个分值,最高3分,最低1分,总分17~51分,得分越高越满意。由病房办公护士于患者出 ICU 时发放即时填写后收回。护理质量考评:考评项目有:基础护理质量、特一级危重患者护理质量、表格书写质量、病区管理质量、健康教育覆盖率、知晓率,均采用军队医院整体护理规范中的考评项目进行考评,共抽查各15次,每次抽查2个患者。空气培养:两组各采集了18次,每次均在病房四角及中央各使用一只琼脂培养皿进行空气细菌采集,采集时间为空气消毒后1小时。

2 结果

2.1 两组患者家属焦虑率调查结果 对照组为(51.23 ± 6.12),明显高于研究组(33.57 ± 5.38) ($P < 0.01$)。

2.2 两组患者家属满意率调查结果 研究组为95.99%,明显高于对照组89.24% ($P < 0.001$)。

2.3 护理质量考评的相关内容 研究组的各项指标均明显高于对照组。见表2、表3。

表2 护理质量检查结果

| 组别 | 基础护理 | | 特一级护理 | | 整体护理病历 | | 病区管理 | |
|-----|------|--------|-------|--------|--------|--------|------|--------|
| | 检查项目 | 合格率(%) | 检查项目 | 合格率(%) | 检查项目 | 合格率(%) | 检查项目 | 合格率(%) |
| 研究组 | 690 | 97.64* | 1320 | 98.79* | 1980 | 97.17* | 2040 | 95.05* |
| 对照组 | 690 | 92.46 | 1320 | 90.30 | 1980 | 94.29 | 2040 | 89.95 |

注:与对照组比较,* $P < 0.01$

表3 两组患者家属健康教育结果

| 组别 | 覆盖情况 | | 知晓情况 | |
|-----|------|--------|------|--------------------|
| | 宣教人数 | 覆盖率(%) | 宣教项目 | 知晓率(%) |
| 研究组 | 30 | 100 | 289 | 92.73 [*] |
| 对照组 | 30 | 100 | 232 | 62.5 |

注:与对照组比较, $\chi^2 = 71.586$, $^* P < 0.01$

2.4 N ICU 消毒后1小时空气培养结果 研究组菌落数(376.34 ± 25.86) cfu cm³ 稍高于对照组(355.71 ± 28.53) cfu cm³, 但两组比较没有明显差异($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 NICU 实施有陪管理模式有利于融洽护患关系 NICU 绝大多数为意识障碍患者, 其病情危重, 有的随时都有生命危险。从调查可知: 在实施无陪管理时, 家属由于对亲人生命的担心、病情的担忧、疗效的关心等, 基本上都守候在 ICU 病房之外, 不愿离去。有的总想寻找理由强行进入 ICU, 常因限制探视陪护与护士发生冲突, 认为护士没有人情味、同情心, 有时家属甚至产生攻击性行为, 影响正常的医疗秩序。自实施有陪管理模式后, 患者家属均能按照规范化要求积极配合医护工作。从空气培养结果看, 实施规范化陪护管理后, 虽然从均数上看研究组细菌数高于对照组, 但两组数值从统计学角度比较并无差异。“家属系统理论”亦认为, 患者发生变化时, 家庭成员也必定出现变化, 护理人员在给患者做各项基础护理项目时, 应满足患者家属了解患者病情、基础护理项目有关信息及各种治疗项目的需求^[1]。由于家属陪伴在患者身边, 其焦虑程度减轻, 患者病情变化好转之时能与护士共享成就, 恶化之际能给护士尊重理解, 减少了护患冲突, 融洽了护患关系。另外, 无陪管理时, 患者执行单上各项治疗护理措施实施后让家属签字有时难以实施, 常有拒签现象, 而实施有陪管理后, 家属对给患者实施的各项治疗护理内容一清二楚, 未发生拒签现象。

3.2 NICU 实施规范化有陪管理模式有助于提高护理质量 根据要求 ICU 病房人员配置应为护患 = 2.5 ~ 3.5 : 1^[2], 而目前很多医院都不能达到此要求。据调查有的医院 ICU 床护比小于 1 : 1.00^[3]。由于护理人员配备不足, 护士总是将大部分精力放在对患者生命的抢救和病情监测方面而常忽视基础护理, 导致患者入住 ICU 直接影响其及家属的身心健康, 而家属作为主要的支持系统对患者心理及身

体的康复起着至关重要的作用, 有学者调查神经外科非专业性护理量约占总护理量的 36%^[4]。三分治疗, 七分护理中所指的护理包含了医生、护士、家庭等多方给予的护理。为此, 我们在 ICU 实施有陪护理之时, 充分调动家属的积极性, 教会家属非专业性护理技能。如: 翻身拍背方法、肢体活动技巧及如何与患者进行语言或非语言沟通以促进意识的恢复等内容, 让家属参与到整体护理之中。这样既满足了家属行为关爱的付出, 又弥补了由于护士人员不足有些基础护理不到位的现象。同时为那些因经费不足或长时间气管切开等原因需回家继续治疗的家属对如何护理患者有一个感性的认识。由表 2、表 3 可知, 实施了规范化有陪管理后, 护理质量多项指标均有提高。

3.3 NICU 实施规范化有陪管理模式是实行人性化管理的重要体现 从医学模式的转变要求, 放宽患者陪护的限制是患者医疗、护理与康复的需要, 是符合现代医学对医院管理与建设要求的^[5]。有学者调查, 90% 以上的住院患者希望住院期间有人陪护^[6], 而韦晓君等^[7]对 ICU 患者家属对限制陪护的心理反应调查分析中得知 67% ~ 96% 的陪护以各种原因要求陪伴在患者身边。从马斯洛的需要层次来讲, 随着生活水平的提高, 医学的进步发展和患者的需求越来越多, 医务人员完全可以满足患者的生理安全需要, 但不可能完全满足患者爱与归属的需要。虽然我们不断改进服务内容、服务方式, 但医护人员对患者的关爱之情永远代替不了患者与家属间的亲情。我科 ICU 自实行规范化有陪管理模式以来, 家属的爱得到了释放, 患者在接受家属给予的爱中得到了温暖。对于意识障碍的患者, 尤其是处于浅昏迷状态的患者, 有的在听到亲人的呼唤时会出现流泪、心电活动变化等多种不同的生理反应。对于患者的促醒起了很好的治疗作用, 对于濒死患者也起到了临终亲情关怀的效果, 充分体现了“人性化管理”的服务理念, 是现代优质服务在 NICU 患者护理中的充分体现。

实行规范化有陪管理模式, 打破了过去墨守成规的管理制度, 多少会导致部分人员的不理解, 一般被告知其优点后均能接受。同时, 对陪护的管理尤其是健康教育增加了护士的工作量, 如能将 NICU 实行规范化有陪管理要求及健康宣教内容制作成录像, 在患者家属进入 ICU 前进行播放教育, 将会进一步完善规范化有陪管理模式。

参考文献

[1] 沈燕君. 对患者和家属的心理沟通[J]. 国外医学护理学分册,

- 2001, 10(20): 452-453.
- [2] 周秀华. 急救护理学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1996: 12.
- [3] 陈健. 对5所军队医院护理工作中存在问题的调查与分析[J]. 护理管理杂志, 2007, 2(7): 12-13.
- [4] 张兰, 张艳, 郑蕾, 等. 护理人员合理配置的设想[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 5(21): 63-64.
- [5] 卞维芹, 赵惠群, 单国心. 对医院限制病人陪护问题的思考[J]. 解放军护理杂志, 1999, 16(3): 39.
- [6] 黎贵湘, 向代群, 陈英, 等. 住院病人对陪护需求的调查分析[J]. 护士进修杂志, 2001, 16(1): 76-77.
- [7] 韦晓君, 徐燕敏, 余焱. 病人家属对限制陪护的心理反应调查分析[J]. 中国医院管理, 2002, 22(3): 39-40.
- (收稿日期: 2008-02-13; 修回日期: 2008-04-22)
- (本文编辑: 黄攸生)

微创经皮肾镜取石术治疗老龄患者的护理探讨

王巧飞

(解放军第113医院泌尿外科, 浙江宁波 315040)

[关键词] 老龄患者; 肾结石; 微创经皮肾镜取石; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0072-02

肾结石患者传统的治疗方法有肾切开取石术及体外冲击波碎石术, 90年代后开展的微创经皮肾镜取石术(MPCNL)具有安全、有效、创伤小、患者恢复快等优点。我院2005年6月~2007年12月行MPCNL治疗老龄肾结石患者87例, 对围手术期的一系列护理措施取得较满意的效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组87例, 男68例, 女19例。年龄69~78岁, 平均72岁。右肾结石41例, 左肾结石29例, 双肾结石17例。肾鹿角形结石56例, 肾多发结石31例。术前常规尿路造影、B超检查。87例患者合并高血压病、冠心病17例, 合并慢性支气管炎、肺气肿、肺心病11例, 合并糖尿病16例。术前常规动态心电图、呼吸功能、心功能等检查, 并请专科会诊。

1.2 方法 持续硬脊膜外麻醉成功后, 患者先取截石位, 患侧逆行插入F5~6输尿管导管后留置导尿, 再俯卧位, 肾区腹部下垫一小枕(10~15cm)或调整手术床使腰背部成一个平面, 使患侧腰凸后, 肋间隙增宽。常选第11肋间(肩胛下线与腋后线之间, 与水平成30度~60度进针)为穿刺点向中盏穿刺, 术中B超或沿输尿管导管注入造影剂后C型臂X线机定位, 肾积水明显者, 可经验性定位, 以F18肾穿刺针穿刺成功后, 置入斑马导丝^[1], 以筋膜扩张器从F6~8开始, 扩张至F14~16, 留置F14~16的Peek-away

塑料薄鞘, 建立经皮肾取石通道。采用wolf F8.9.8硬质输尿管镜、气压弹道碎石机粉碎结石, 利用液压灌注泵冲洗清除。术后常规留置F5~7双J管(视术中具体情况保留2~4周)及F14~16硅胶微造瘘管(一般术后3~5天拔除)。

1.3 疗效评定 87例患者术后第2~3天即可下床活动, 术后住院3~9天。术后2例患者48小时内发热, 经抗感染治疗后好转, 无继发性大出血, 无肾切除、伤口尿瘘及液气胸等并发症发生。一期结石清除率92%(80/87), 结石在2~4周内排净。二期结石取净率100%。

2 护理探讨

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 根据老年人的特点(有心理障碍, 如抑郁、孤独、烦躁, 对治疗不配合, 自理能力下降), 同时结合MPCNL的特点, 我们认真进行术前评估, 针对不同的个体在疾病不同时期的不同心理状态, 进行有效的心理护理, 尊重患者, 称呼合适, 态度和蔼, 耐心解释帮助老年患者消除住院陌生感、恐惧感。解释手术的必要性, 放松心情, 坦然接受, 有利于配合手术的顺利进行^[2]。这种护理贯穿于围手术期的全过程, 消除患者的紧张心理, 让其以良好的心态主动配合治疗。

2.1.2 术前准备 除常规围手术期护理外, 针对老

作者简介: 王巧飞(1982-), 女, 浙江宁波人, 本科, 护师, 从事泌尿外科临床护理及管理工作。