

动;有利于胃癌根治术后患者胃肠道功能的恢复,更符合生理要求,且能减少使用 PN 导致的代谢并发症,患者住院时间明显缩短;更符合现代快速康复外科理念。也就是说,早期 EN 是胃癌根治术后营养物质提供的首选途径。而 EN 由于临床实际应用中患者对三腔鼻肠管的耐受性较低以及肺部并发症的问题,要求医务人员今后在鼻肠管材质的选择及术后肺部并发症的预防上应引起重视。

参考文献:

- [1] 王明俊,潘裕国,卫智强.老年胃癌患者术后早期肠内营养与肠外营养疗效的比较[J].山东医药,2009,49(1):90-91.
- [2] 吴肇汉.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:1140-1141.
- [3] 宋延强,吕文平,庞新.老年胃癌患者术后早期肠内营养与肠外营养疗效的比较[J].中华普通外科杂志,2004,19(1):97-99.
- [4] 吴孟超,吴在德.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:374-380.
- [5] 邓鑫,赵毅,崔钊,等.早期肠内营养在全胃切除术后

用[J].中国实用外科杂志,2008,28(9):766-767.

- [6] 王琦三,王海江,陈鹏.早期肠内营养对胃癌术后患者营养状况和肠功能的影响[J].新疆医科大学学报,2007,30(12):1387-1388.
- [7] Brazziti MJ, Braga M, Benedetti E, et al. A randomized controlled trial of oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrometastatic cancer[J]. Gastroenterology, 2002, 122(7): 1763-1767.
- [8] Okamoto K, Fukatsu K, Ueno C, et al. T lymphocyte numbers in human gut associated lymphoid tissue are reduced without enteral nutrition[J]. J Parenter Enteral Nutr, 2005, 29(1): 56-58.
- [9] 黎介寿.临床营养支持——一项重要的治疗措施[J].江苏临床医学杂志,2002,6(1):85-87.
- [10] Schroeder D, Robert B, Manolell LA. Effect of immediate postoperative enteral nutrition on body composition, muscle function and wound healing[J]. J PEN, 1991, 15(3): 367-369.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-03-23)

• 临床护理 •

体外循环术后患者的护理危机管理

曹林英, 苏琼[△]

(重庆医科大学附属第二医院胸心外科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)18-2176-03

在体外循环下行心内直视手术是治疗各种先天性心脏病、后天性心脏病如风湿性心脏病、心脏肿瘤、冠状动脉粥样硬化性心脏病等疾患的最主要治疗手段。术后患者由于手术创伤大,病情变化快,有创监测及引流管道多,很容易发生各种并发症,导致医疗护理纠纷的发生。如何利用危机管理理论妥善应对医疗纠纷,有效缓和医患矛盾,构建和谐医患关系,日益成为众多医疗机构所关注的问题^[1]。2007年8月至2012年12月本科共收治体外循环手术患者314例,运用危机管理理论,术后经过严密监测与护理,取得了满意效果,无1例护理纠纷发生,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007年8月至2012年12月进行体外循环手术患者314例,其中,男198例,女116例,年龄11~78岁,平均54.6岁。其中,先天性心脏病56例,心脏瓣膜置换手术213例,心房黏液瘤摘除术10例,冠脉搭桥手术35例。术前心功能分级:Ⅱ级181例,Ⅲ级105例,Ⅳ级28例。本组死亡8例,其余全部治愈出院。

1.2 护理 患者均行胸部正中切口,在全麻加体外循环下行心内直视手术。术后带气管插管、桡动脉置管、中心静脉置管(颈内静脉或锁骨下)、心包、纵隔引流管、留置尿管。部分患者带临时起搏导线及起搏器、胸腔引流管等。术后入监护病房后予以呼吸机机械通气、心电血氧饱和度监测、有创动脉测压、中

心静脉压等监测,根据病情持续泵入多巴胺、硝酸甘油、硝普钠、乙胺碘呋酮、氯化钾、胰岛素等药物,拔出气管插管后转入普通病房继续监护治疗。

2 方 法

危机管理的含义是指个人或组织通过对可能发生危险导致不良后果的事件进行危机决策、危机监控和危机处理,从而达到减少、避免危机事件的发生、发展,甚至将危机转化为机会的目的^[2]。危机管理理论从实质上来说,就是一个全面和动态的管理过程,包括对危机事件进行发生前、中、后所有方面的管理,主要目的就在于消除或降低危机所带来的不良后果和负面影响。危机预防是指在管理过程中提前做好各种准备,采取各种有效措施,对于危机产生的可能性因素进行全程全方位的预测、防范和管理^[3]。本科从1992年开始进行体外循环手术,通过多年的临床经验与知识积累,同时查阅相关文献,确定把体外循环手术患者的以下几个方面作为护理危机管理的主要工作内容:管道危机管理、血管活性药物使用危机管理、术中大出血危机管理、护理并发症危机管理。

2.1 人员培训

2.1.1 护士危机意识的培养 (1)建立护理危机事件管理培训:体外循环手术风险高于一般患者,这是所有医护人员的共识,可是,哪些环节、哪些方面是属于护理危机高发事件,本科组织全科护士系统学习有关体外循环护理相关知识,分别从管

道危机、血管活性药物使用危机、术后大出血危机及护理并发症危机等几个方面进行专门培训,结合相关危机事件的经验教训,从思想上、理论上促进护士对体外循环手术患者危机预防的重新认识。(2)增强危机防范意识及防范能力:在开展危机预防理论管理过程中,组织护士不断学习新知识,提高专业技能,从源头上减少危机的发生,并做好应对危机准备。科内每月组织护士以业务学习、操作演练、实战模拟等方式加强护士专业技能培训,规范护理操作程序,统一标准,使全科护士以规范化的标准方式护理患者。

2.1.2 成立护理危机管理小组 科室危机管理小组由护士长担任组长,护士长助理 1 名、责任组长 2 名、护理骨干 2 名为小组成员。危机管理小组的职责为:制订危机事件的处置预案;制订培训计划并组织业务学习,定期检查所有可能引起护理纠纷甚至引发差错事件的护理危机源,并在科内进行及时的处理、通报和整改;促进相关制度的建立与健全;同时,明确了危机管理小组各成员在危机处理时如何履行职责,如何应对家属,与媒体应对的原则、技巧等^[4],明确了科室在发生护理危机时由护士长担任发言人,发生医疗危机时由科主任主要起沟通、协调作用。

2.1.3 完善护理危机管理制度 建立健全相关核心制度、专科护理常规及应急预案等。包括交接班制度、巡视制度、转运制度、有创压监测常规、管道护理常规、停水停电应急预案、危机事件报告制度等,制度规范成册,方便护士能够随时查阅,使每一位年轻及新进护士均能够按照标准流程护理患者;防止护士因为个人能力的不足导致护理危机事件的发生。

2.2 危机项目监测与管理

2.2.1 管道危机管理 由于体外循环手术患者术后管道多,作用重要,一旦脱落将造成患者严重后果。因此,将管道管理作为危机管理的首要事项,并从以下几个方面进行重点管理。

(1)预防管道脱落。针对体外循环术后患者呼吸机管道与桡动脉置管管道脱落极易导致严重不良事件并危及患者生命,本院规定了标准的管道固定方法,确保所有护理人员均能按照要求进行管道固定,减少管道脱落概率;同时严格交接班制度,每班记录管道固定情况及管道外露长度,固定松动时及时重新固定;对于躁动不配合患者,及时评估是否需要使用约束带;对带有临时起搏器的患者妥善固定起搏导线及起搏器,并注意观察起搏器的功能,确保功能良好;对管理小组检查到未严格执行管道管理制度的护理人员进行大力度惩罚,同时在科内早会上提出严厉批评。(2)保持管道通畅并严密观察引流情况。保证心包、纵隔、胸腔引流管的有效引流,注意观察引流液量及颜色,正常情况下,引流量低于 500 mL/24 h,当引流大于 200 mL/h,连续 3 h;或引流大于 100 mL/h,连续 6 h,护士应该做好每小时引流标识,怀疑有胸腔内活动性出血时,应及时通知医生处理;术后早期记录每小时尿量,低于 25 mL/h,注意有无急性肾功能衰竭的可能。护士遇到这些危机征象时要及时向医生报告并记录。(3)熟悉并掌握管道脱落应急预案。包括气管插管脱落、动脉插管脱落、引流管脱落、起搏导线脱落等,护士要熟练掌握相关应急预案,并做好应急准备,床旁备好简易呼吸器、除颤仪、气管切开包、无菌手套、无菌纱布等,发现问题时立即按照预案处理并通知医生,切忌慌张失措。

2.2.2 血管活性药物使用危机管理 体外循环内心直视手术后,由于心肌、血管受到手术的刺激与损伤、体外循环及麻醉药物对循环系统的影响等,导致患者的血流动力学常常不稳定,尤其是血压变化快、波动大,需要几种血管活性药物来维持血

压。血管活性药物使用中的风险主要包括:药物中断、管道堵塞、速度不合理、配制不及时、药物错用等。为了保证合理有效的使用,护士要连续动态地观察并记录心率、血压、中心静脉压、有创动脉测压的结果,结合患者末梢循环、皮肤温度、湿度、尿量、脉压差等情况,合理安排血管活性药物的使用速度。使用血管活性药物要提前配制好,不能等到药物使用完毕后再配制,否则患者将因为药物不能持续泵入而导致生命体征紊乱。同时应注意,血管活性药物的使用必须采用专用中心静脉通道,不得与监测有创压力使用同一通道,运用微量泵,确保输入通路的通畅,药物标识要明确,要贴在空针外面,升压药物与降压药物上下分开,同时注意防止药物外渗;在保证容量充足的前提下使用硝酸甘油、硝普钠等药物,硝普钠要避免光,且每 6 h 更换一次以防止氰化物中毒。药物剂量使用 3 倍公斤体质量计算方式,便于医护人员计算使用剂量。

2.2.3 术后大出血危机管理 体外循环下行心脏直视手术的患者术后整体并发症呈下降趋势,但手术后因为出血较多,需大量输血,甚至再次手术止血,少数患者甚至死亡,这一并发症仍保持较高的比例^[5-6]。因此,术后大出血危机管理具有非常重要的意义,患者家属对术后出血会感到非常害怕,对再次手术的担忧与恐惧常常使患者家属情绪不稳定,直接把原因归结为医生手术止血不彻底或术后观察护理不及时,容易出现医疗护理纠纷。提前做好家属的预防性宣教工作,出现问题后及时沟通与处理,将极大减少纠纷的发生。患者年龄大于 70 岁、术前红细胞压积低、既往有心脏手术病史、体外循环时间大于 120 min、复杂手术为体外循环下心内直视手术围术期大量出血的危险因素^[7]。针对上述原因,应特别注意:(1)术前做好宣教工作,尤其对于具有上述危险因素的患者,使家属事先打好心理基础,能正确对待术后大出血现象,同时也要让家属知道医护人员的应急预案处理,做到心中有数,在治疗与护理时积极配合。(2)及时补充血容量,护理人员要与输血科保持密切联系,保障血液制品的及时有效输入,遵医嘱合理使用止血药物,尤其是瓣膜置换与搭桥手术患者,既要避免抗凝不足,也要避免抗凝过度导致出血。(3)密切观察生命体征及引流量情况,观察患者 CVP、ART、HR、BP 的变化情况并结合纵膈、心包引流及尿量情况,可以及时判断患者有无术后活动性出血征象。体外循环术后患者 BP 及 CVP 的变化是衡量低心排血量的重要指标,每小时尿量是反映低心排血量的敏感指标,患者末梢循环状况往往提示低心排血量的发展趋势,所以,术后应密切监测,可以起到预防及早期发现并积极治疗的作用^[8]。(4)做好护理记录,保证记录的及时性与准确性,同时积极配合医生做好二次开胸止血的准备。

2.2.4 护理并发症危机管理 体外循环术后患者由于病情重,变化快,容易出现各种护理并发症,主要包括:坠床、压疮、非计划性拔管、输液所致肺水肿、呼吸道窒息等。这些并发症通过危机管理是完全可以预防的。因此,危机管理最有效的手段不在于危机事件形成和暴发以后进行干预和补救,而在于事先消除各种导致危机发生的可能性因素,从而在源头上防止危机的形成和暴发^[9]。因此,术后做好各项安全管理,定时评估患者坠床及压疮风险,护士养成随时拉上床档防止患者坠床的习惯;定时翻身,使用翻身垫及气垫床预防压疮;早期根据 CVP 调整输液速度,严格限制晶体液的输入量,使用输液泵控制输液速度,以减轻心脏前负荷预防肺水肿;加强呼吸道护理,强调呼吸道湿化及有效咳嗽排痰技术,及时有效地清除呼吸道分泌物,预防呼吸道窒息等护理手段尤为重要。

3 讨 论

危机管理作为护理管理者的一种新兴思维已经逐渐引起了人们的广泛关注和重视,强化危机意识,加强危机管理乃是护理工作中的重中之重。体外循环手术患者大部分对手术期待极高,同时由于手术创伤大,术后病情变化快,各种仪器应用多,护理难度大,稍有不慎极易发生各种护理不良事件及纠纷。应用危机管理理论实施护理管理后,本科 314 例体外循环患者无 1 例护理投诉及纠纷事件发生。反应出通过加强护士自身危机意识培训,充分认识到危机意识在阻止危机暴发中的作用,能够对护理工作中的危机保持警觉,有效避免了危机事件的发生。同时,各种应急预案的学习及应对危机事件的护理演练,也使护士业务知识及操作技能不断提升,服务态度得到改善,患者满意度也随之提高。因此,在护理管理中,应不断强化并教育护士时刻保持危机意识,危机管理小组成员的职责、功能也要在实践中根据科室具体情况不断完善,把危机预防作为护理管理的核心任务,才能不断提高护理质量,有效避免护理纠纷的发生,保障人民群众生命安全。

参考文献:

- [1] 朱川,金宏伟,王国威.基于危机管理的医疗纠纷应对机制研究[J].重庆医学,2012,41(31):3341-3342.
 [2] 苏伟伦.危机管理[M].北京:中国纺织出版社,2006:11-16.

· 临床护理 ·

- [3] 张玉新,李雪莲.组织危机预警及其管理策略[J].企业改革与管理,2006,14(1):12-13.
 [4] 朱冲,姚巧玲.医院危机公关的媒介应对策略[J].护理管理杂志,2005,5(1):59-60.
 [5] Despotis G, Eby C, Lublin DM, et al. A review of transfusion risks and optimal management of perioperative bleeding with cardiac surgery[J]. Transfusion, 2008, 48(1): 25-30.
 [6] Ferraris VA, Brown JR, Despotis GJ, et al. 2011 update to the society of thoracic surgeons and the society of cardiovascular anesthesiologists blood conservation clinical practice guidelines [J]. Ann Thorac Surg, 2011, 91(8): 944-982.
 [7] 申聪玉,赵锦宁,钟泰迪.体外循环心脏手术患者围手术期大量出血的危险因素分析[J].中华医学杂志,2012,92(5):316-319.
 [8] 陈朝红.心脏瓣膜置换术后常见并发症的观察及护理[J].中国实用护理杂志,2009,21(10):30-31.
 [9] 华艳红.危机预防,不容忽视的危机管理[J].杭州医学高等专科学校学报,2004,25(3):127-130.

(收稿日期:2013-01-11 修回日期:2013-03-18)

宫腔镜治疗 106 例宫腔粘连的疗效观察与护理

李元华,龙 玲,李玉艳

(第三军医大学西南医院妇产科生殖中心,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)18-2178-03

宫腔粘连(intrauterine adhesions, IUA)是指因各种原因导致子宫内膜损伤,引起子宫肌壁相互粘连,临床表现为周期性腹痛、月经异常、闭经、流产及不孕等,给患者身心带来巨大痛苦。近年来,随着宫腔镜技术的快速发展,该技术已成为诊断及治疗 IUA 的常规标准方法。本院自 2010 年 2 月至 2012 年 8 月应用宫腔镜治疗 IUA 患者 106 例,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 2 月至 2012 年 8 月在本院行宫腔粘连分离术的患者 106 例,均为门诊患者,年龄 21~44 岁,平均(31.04±5.50)岁。其中,有人工流产史者 79 例,流产后清宫史者 8 例,诊刮史者 9 例,取环术后者 6 例(4 例断环残留),其他宫腔内操作 4 例。就诊原因为不孕、闭经及月经量少 80 例,其中 7 例为体外受精-胚胎移植(IVF-ET)失败,复发性流产 7 例,周期性腹痛 9 例。

1.2 诊断分级标准 根据美国生殖协会(the american fertility society)的分类标准,根据粘连范围、粘连类型和月经模式评分:粘连范围占宫腔的比例小于 1/3,介于 1/3~2/3 和大于 2/3 分别计分为 1、2、4 分;粘连类型为菲薄、非薄及致密和致密分别计分为 1、2、4 分;月经模式为正常、月经减少和无月经分别计分为 0、2、4 分;总分 1~4 分为轻度粘连,5~8 分为中度

粘连,9~12 分为重度粘连。

1.3 手术方法 本院采用 Olympus 的 I 型宫腔镜(镜鞘外径 4.5~5.5 mm)、膨宫设备及摄影装置。患者采用膀胱截石位,窥阴器暴露宫颈,探针探测子宫大小及位置,扩宫棒逐步扩张宫颈,连接膨宫泵进行膨宫。膨宫液为 5%葡萄糖或生理盐水,膨宫压力 70~120 mm Hg,膨宫液体流速 200~240 mL/min,电切功率为 70~100 W。排空膨宫泵连接管内气体后顺子宫方向缓慢插入宫腔,观察宫腔内粘连的部位、性质和范围。对于粘连不紧密的、粘连范围小的,使用宫腔镜的前端进行推压分离或用刮匙分离。中、重度粘连者则收入院,使用微型剪或电极分离,分离困难者予以电切分离。若粘连范围大或粘连较严重者不可强行一次完成手术,应分次行分离手术,预防发生大出血及子宫穿孔。

1.4 护理要点

1.4.1 术前护理 心理护理:IUA 患者因周期性腹痛、闭经和多年不孕不育,受到了很大的社会和心理压力,痛苦不堪,对患者应予以关怀和同情。术前向患者及家属详细介绍手术方法及优点,解释疑问,消除患者和家属的顾虑,为患者提供心理支持,使其积极配合。术前准备:(1)完善术前相关检查,心电图、血常规、输血前 ICT、乙肝三对;若乙肝阳性加查肝功能、白