

我国护理体系不能少了“中国味道”

中华护理学会理事长 李秀华

护理理论体系的建立是护理学科走向专业、走向科学的重要前提和基础,在护理专业化的进程中起着至关重要的作用。纵观护理理论体系发展历史,目前,绝大多数护理理论依然由代表西方文明的美国护理学者创立。护理理论推动了美国护理学科发展和护理专业化发展,使美国护理在世界护理学界保持了领先地位。

中国的传统医学发展有着悠久的历史,中国护理学发展伴随着中国传统医学成长,亦受到西方护理学发展的影响。近些年,我国护理事业取得长足发展,护士队伍总数和学历素质不断提高,护理专业的内涵和外延不断

丰富和拓展。随着全球一体化的发展趋势,中国和其他国家一样,面临来自社会、经济、自然、环境等因素带来的服务对象健康需求的变化。中国护理发展面临着新的机遇和挑战,而基于中国文化和国情的护理理论的发展将成为中国护理学科发展的强大推动力。

20世纪80年代,我国护理学者开始尝试引入西方护理理论,用于指导护理实践。但由于文化差异,在过去,中国护理实践应用西方护理理论效果并不显著。有学者指出,我国护理界在护理理论的运用水平上,也仅仅处于对国外的护理理论引进、学习、

理解和验证性运用的初级阶段。原因不外乎我们的人生观、世界观的形成,无不渗透着中国传统文化影响,而国内护理同仁从事护理工作,常以与国外的理论模式接轨为目标,在东西方文化巨大差异下,造成了西方护理理论和我国护理具体实践的矛盾和冲突。

只靠学习和模仿国外护理学是远远不够的,必须与中国文化和中国现实相结合,研究和符合中华文化特色和实践需要的护理理论。中华民族有着源远流长的历史和哲学,有着独特的哲学观,中华文化源远流长、博大精深,在世界和人类文明史上享有

崇高的地位,其护理理论的建立与发展是以“人、健康、环境、护理”的护理学概念作为基础和框架。悠久的历史对建立具有中国文化特点的中国护理理论将产生深远的影响。而以中国为代表的东方文明正在全面兴起,中国护理理论体系的建立也将对亚太地区护理发展起到推动作用。

探索构建具有中国文化特色的护理理论体系,是当代中国护理学者的责任和使命,也更适应中国实际情况,能反映真实护理内容,引导护理人员思考与实践,有效缩短理论与实践的差距,必将提升护理质量。从学科建

设的意义上讲,立足文化价值情境,创建中国护理理论体系,也必将拓宽护理理论的研究视野,增加与国际护理界平等对话的机会,对解决护理学科发展中的问题有积极的意义。

引领学科发展,争取中国护理在国际学术界的话语权是中华护理学会的重要责任。中华护理学会也正凝聚着全国护理学者的力量,打造中国护理智库,资助支持中国护理理论的研究。希望各方护理学者对此进行深入研究,使符合中国文化价值体系的理论研究形成百家争鸣的学术氛围。

(据《健康报》)

留置针堵管了该怎么办?

“昨天刚扎的留置针,今天怎么就堵了?”这几乎是每位护理人员都遇到过的问题,这时候该怎么办呢?

拔针重新穿刺增加了患者的经济负担,也增加了护理人员的工作量。用盐水强行冲管,若处理不当,可使血凝块或不溶性微粒进入血液循环,从而造成微小血管堵塞或供血不足,最终可引起组织缺氧。遇到这种情况到底该如何处理?

原因

血栓性阻塞 下述情况可导致血液回流在输液管腔内形成凝血或血栓:输液瓶内液体输完未及及时更换;小儿哭闹、患者体位改变,致使输液部位受压等情况造成的静脉内压力增高;输液瓶悬挂过低;排气管受压或堵塞;输液管扭曲;静脉留置针封管方法不当,没有定期冲管或留置时间过长等。

非血栓性阻塞 输液的药物有结晶(如甘露醇浓度过高)、沉淀或浑浊颗粒;药物浓度及黏稠度过高;多种药物混合时未注意药物配伍禁忌,造成不溶性颗粒;静脉输液配置过程中微粒污染增加,如多次穿刺橡胶塞导致碎屑脱落进入液体,直接成为不溶性微粒;静脉输液配置环境未进行空气消毒、净化。

处理技巧

判断堵塞物的种类和性质 根据可能导致留置针阻塞的原因判断阻塞物的种类及性质。例如患者正在输入20%脂肪乳时出现阻塞,在排除血栓性阻塞后可推测是由于液体黏稠度过高而导致的非血栓性阻塞。

根据堵塞物的种类和性质进行处理 若堵塞物是不溶性微粒,应立即拔针,重新穿刺;切勿用含有0.9%氯化钠注射液的注射器强行冲管,以免微粒给患者造成远期危害。

堵塞物是刚刚形成的血栓 可用10毫升空注射器轻轻地回抽,尽可能地可将凝块从管中抽出。在患者情况允许的情况下,也可用含有肝素钠(25单位/毫升)或尿激酶(10万单位/毫升)的10毫升0.9%氯化钠注射液稀释夹管5分钟,然后用空注射器回抽,若无回血再反复一次,若再无回血应立即拔针。

面对易发生阻塞的患者 应加强巡视。特别是这类患者输入脂肪乳类高黏稠度的药物时,应注意输液情况,并进行重点交班。

防范措施

输液前应熟悉注射药物的性质,严格按照药品说明书的规定进行配置;使用粉剂药物时,必须将其完全溶解;配液或输液时,应尽量减少对输液瓶塞的穿刺次数,针头不宜过粗,以减少胶塞微粒脱落;加强治疗室、配药间、病室及注射部位的感染监控;在有条件的医院输液添加药物应在符合要求的配液中心进行,以有效降低微粒对血管的损害,避免其堆积而形成血栓;使用静脉留置针,输液完毕及时加封管,定期冲管和更换肝素帽都是预防堵塞的关键;留置时间一般根据病情而定,在我国尚无统一标准,一般推荐为3至5天,但大多数学者认为以不超过7天为宜。血液黏稠度高的患者以2~5日为宜。(李若)

小发明

轻松换算滴速和时间

韩艳艳

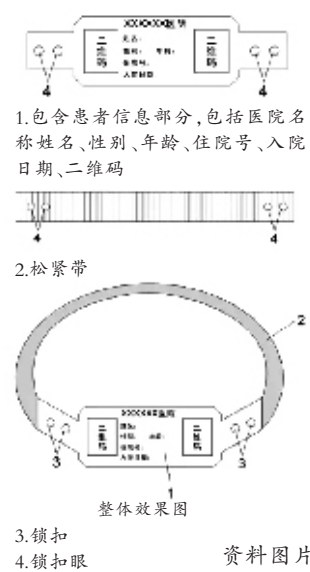
在临床,很多护士都需要在给药前计算药量、速度、时间三者的关系,有不少学者先后对计算公式或方法进行了改进,但均需要计算。为此,我们设计了“时速量”对照尺,将常用的输液速度、输血量以及输液时间三者的关系值,通过传统的计算方法算好,用表格直接标明。在工作时,护士只需要查找到相应的滴速,直接调节即可,准确及时。我们将尺寸设计为5厘米×10厘米,携带方便,便于随时迅速查阅。

例如,250毫升液体,输液速度为65滴/分钟,输液时间为77分钟;100毫升液体,要求30分钟输完,调整的输液滴速为70滴/分钟。这些全部可以在对照尺中直接查到,较传统的计算方法不但效率高,而且正确率也高。这样既解决了计算输液时间的问题,又解决了根据输血量调整输液速度等一系列问题。人工计算需要2~5分钟,而使用对照表,仅需要2~4秒。

投稿邮箱:373204706@qq.com

一种防过敏可摘脱的腕带

吕翠翠



患者住院时都需要佩戴腕带,但是目前有的患者对塑料材质的腕带过敏,并且腕带给患者带上之后就摘不下来。患者外出时,会担心腕带暴露隐私,不想佩戴腕带,在自行摘下腕带的过程中常将腕带弄断。导致腕带的佩戴率不能达到100%。在工作中,医务人员会因为患者没有佩戴腕带而无法准确核对患者身份。

该腕带的带子选用的是棉质的松紧带,具有松紧性,在松紧带的两端各有两个锁扣眼。腕带上包含患者个人信息的部分采用纳米硅材质。在这个部分的两端各有两个锁扣眼。使用两个锁扣将松紧带

和含患者信息处的部分扣死。这样一个可以轻松摘脱的腕带就产生了。

如果患者对含患者个人信息部分的纳米硅材质仍过敏,我们可以使用临床上的棉布胶布或者丝绸胶布贴于该处的背面,避免纳米硅材质和皮肤直接接触。

该腕带存在结构简单佩戴和摘脱方便等优点。同时也改变了原有腕带佩戴上之后就不能摘下,强行摘下之后,腕带就会损坏而不能再次戴上的弊端。带子具有松紧性,可以避免患者因为肢体过度肥胖或水肿而导致腕带长度不够无法佩戴的现象。

爱心手术攻克罕见畸形先天性心脏病 山东患儿河南获新生

本报记者 杨须 通讯员 王青莉 文/图



8月31日,河南弘大医院心外科主任丁军和他的团队经历了一场惊险的手术。术前,患儿两肺血增多,经常感冒,有小细胞低色素性贫血、发育迟缓等非紫绀型先天性心脏病等症,与患儿吸气困难且三凹征明显、中度紫绀等症状存在着难以解释的矛盾和疑点。

更让丁军困惑的是:紫绀症状出现一般意味着患儿肺血流量少,或是合并肺动脉重度高压、室间隔缺损的血液流向从右向左而失去手术机会;可患儿的肺压正常,听诊有杂音,室间隔缺损的血液流向是从左到右,有绝对的手术适应证。做了十多年的心脏外科手术,丁军还是第一次遇到这么复杂的情况,就连自己的恩师、全国著名心胸外科专家王平凡都说,这是一个不多见的高风险手术病例。

事后,丁军回忆:从技术层面看,术中术式变化为右心室双出口矫治等,手术难度只能算是中等偏上;但患儿心脏容积小、室间隔缺损太大,主动脉骑跨概率为60%,合并贫血、呼吸衰竭等症状,手术风险程度远远超出了同类心脏手术。为了这台手术,丁军整整用了28天对患儿进行肺功

能雾化治疗,他觉得这样做对患儿会更有利。

不做手术不行,做手术风险又太大!咋办?

8个月前,小郭辉因感冒及呼吸困难在当地医院被查出先天性心脏病,需要手术治疗。可先前的为给常感冒的儿子看病,这个本就贫困的家庭早已举债度日,哪里还有能力给孩子做手术?这让多年不育、经治疗46岁才得儿子的患儿父母深感悲伤。

河南弘大医院在先天性心脏病方面有很专业的技术实力,最关键的是还能帮助贫困患者申请国际扶轮社救助,加上新农合报销,患者基本上不花啥钱就可以治好病。这让小郭辉的父母又看到了一线希望。

8月3日,怀着满满的期盼,来自山东省东明县体重8千克、1岁半的小郭辉住进了河南弘大医院心外科。在得知患儿的家庭情况后,丁军及时为小郭辉申请了扶轮社救助资金。

入院当日的心脏彩超检查显示:患儿室间隔(膜周部)回声中断11毫米,室上缘下缘隔束增厚约7毫米,收缩期右室流出道狭窄,房间隔卵圆窝处回声

分离3毫米;超声提示患儿先天性心脏病复杂畸形,右室双腔心室间隔缺损(膜周部),卵圆孔未闭,不排除动脉导管未闭。

医务人员进一步完善氧分压检查发现,患儿喉软骨发育不良,吸气困难且三凹征明显,中度营养不良,小细胞低色素性贫血,中度紫绀,反复测血氧饱和度,结果均在82%~90%之间;冠状动脉增强CT显示,右室流出道未见狭窄征象,主肺动脉呈瘤样扩张,室间隔膜部见宽约13毫米缺损区,两肺血增多,左右心室增大,肺部有感染征象,听诊闻及患儿双肺呼吸音粗,胸骨左缘第3、第4肋间可闻及吹风样杂音。

让丁军感到奇怪的是:右室双腔心中度紫绀,正常情况下意味着患儿肺动脉发育不好、肺血少,或是合并有肺动脉重度高压,血液流向从右向左而丧失手术机会;但患儿肺血多、心脏杂音、肺动脉压正常,血液流向是从左到右,有绝对的手术适应证。这是个矛盾:患儿营养不良、贫血、室间隔缺损、肺血多,B超显示收缩期右室流出道狭窄,但血液流速却不低,CT又显示右室流出道未见狭窄征象,这明显也存在疑点和问题。

“得找原因!必须要找出矛盾点的症结,排除病情假象!”从目前有的医学检查手段上,无法给出合理的解释。事实上,这诸多疑点和矛盾恰恰是利用现代的医学检查手段得出的诊断结果。“要想弄清真相,解决这些棘手的难题,需要深厚的医学功底!只能凭借自己的学识、经验和有限的能力分析判断。”丁军通过追踪患儿此前的详细病史,根据患儿既往感冒期间有呼吸困难及喉鸣史,结合患儿喉软骨发育不良,吸气时三凹征明显,患儿冠状动脉为63毫米汞柱,二氧化碳分压为50毫米汞柱,患儿呼吸浅、快,血氧高,有肺炎迹象等临床症状,丁军认为:“问题根源应该是患儿的肺功能差,应该充分考虑吸气困难造成的缺氧因素,先调理患儿肺功能,再根据患儿体征进一步确诊病情,伺机进行手术治疗。”

同时,丁军请恩师王平凡参加会诊,并详细介绍了为患儿调理肺功能、提高免疫力等提高手术耐受的整

体治疗方案。丁军抽丝剥茧寻真相的缜密心思及诊疗思路,得到了王平凡的赞许。

丁军所带领的心外科技术团队曾治好了很多疑难杂症,即便是大动脉转位、法乐氏四联症、右室双出口等更复杂的手术都不算什么难事。可在患儿病情存在多个疑点未能弄清楚的情况下冒险做手术,丁军多少有点底气不足。就连恩师王平凡都说:“这是一个有绝对手术适应证,但风险很高、很特殊的少见个案。”

“对于小郭辉来说,手术是最后的救命机会。”丁军说,“但我最担心的是手术结束之后,患儿心脏不能复跳,体外机器不能撤掉;或者是患儿出现多脏器衰竭等险情。如果不尽快做手术,患儿贫血伴有紫绀,说明已有血液从右向左分流了,一旦心脏杂音消失,那将意味着小郭辉生命的终结。”

这咋弄?不做手术不行,做手术风险又是那么大!对于小郭辉的父母来说,他们视此为“儿子重生的最后机会”。对于实施手术的丁军团队来说,这是个“足够冒险的,极有可能带来大麻烦的选题”。思考再三,丁军最终决定请恩师王平凡联袂手术。“恩师做事严谨,那么高的水准,在做完手术之后,还会自己去监护着患者,有他在旁边,那我会觉得很有依靠,心里不那么紧张。”

经过28天的雾化吸入改善肺功能治疗,患儿的情况良好,丁军认为最佳手术时机已成熟。8月30日,医生们开始为患儿小郭辉的手术做最后的准备工作,丁军说:“明天,也许是小郭辉命运转弯的一天。”

“高手”联袂施术,小郭辉命运“神奇”逆转

8月31日8时40分,河南弘大医院3楼第5间手术室内,麻醉后的郭辉安静地躺在手术床上,医生即将为他做全身麻醉低温体外循环下行“右室双腔心室矫治术+室间隔缺损修补术+卵圆孔闭合术”。

考虑到患儿病情的诸多疑点和开胸手术存在高危感染、出血及手术方式的可能变化等因素。术前备B型红细胞悬液4个国际单位、血浆600毫升,以补充凝血因子、纠正贫血;规划好了术

中需要注意的心、脑、肾等重要器官的保护细节,防止术后发生低心排综合征及多脏器功能衰竭以及神经系统并发症等。

患者取仰卧位,医务人员常规建立体外循环,通过三尖瓣,发现膜周部室间隔缺损直径大于20毫米,主动脉骑跨概率超过60%。至此,患儿术前症状的部分疑点解开,三尖瓣瓣膜遮挡了部分室间隔缺损缺口,彩超和CT检查很难给出精准的诊断,所谓的右室双腔心实为右室双出口。然而,患儿体重仅8千克,心脏容积小,主动脉才10毫米那么粗,室间隔缺损竟然为20毫米,手术的危险程度可想而知。

丁军决定立即改变手术方案,行右室双出口矫治术,沿三尖瓣瓣环环行切开三尖瓣,充分暴露室间隔缺损,取相应大小自体心包片,用带垫片无损伤线间断褥式缝合3针,余用连续缝合修补室间隔缺损;用连续缝合切开三尖瓣瓣环;复温,用无损伤线缝合卵圆孔同时排气。患儿鼻咽温度为29.9摄氏度,左心及升主动脉充分排气后开放循环,心脏自动复跳,窦性心律,探查三尖瓣关闭良好,复温至正常后,医生顺利观停体外循环。手术于12时40分结束,患者被安全转入重症监护室。

9月1日10时45分,患儿顺利脱离呼吸机,鼻导管吸氧,半小时后复查血气分析,氧饱和度为98%;18时05分,患儿术后22小时由重症监护室转入普通病房。9月2日查房,患儿神志清,体温37摄氏度,血压101/77毫米汞柱,双肺未闻及干湿性啰音,心律齐,心脏各瓣膜区未闻及杂音;切口无红肿渗出,愈合良好,四肢末梢暖,足背动脉搏动有力。

9月3日,在弘大医院心外科扩展病区的整体搬迁中,小郭辉的父亲也悄然加入到搬运设备、物品的医务人员队伍中,他手脚麻利,神情兴奋。他说,是河南弘大医院挽救了他的宝贝儿子,挽救了他的家庭,让他以后的日子有了新的盼头。(1毫米汞柱=133.322帕)



丁军,副主任医师,硕士研究生,心外科专家,科主任,从事心脏外科12年,参与完成各种心脏外科手术6000余例,其中包括:冠心病搭桥手术,先心病手术,风心病瓣膜置换及瓣膜成形,主动脉及夹层、弓部替换及心脏二次手术,亲自主刀1500余例,积累了大量的临床经验。

联系方式:18903819937

河南弘大医院