

■ 护理技术

留置针回血后
医患如何有效沟通

□李晨阳

本文以留置针回血引发的医患沟通事件为例,指出核心矛盾是专业判断与患者认知担忧的冲突,及衍生的信任、医疗决策、流程记录风险。
笔者提出“评估+沟通+记录”双闭环流程,强调规范操作、共情沟通、全流程记录的重要性,最终点明护理安全需要规范操作与患者知情放心相结合,以实现安全与信任的目标。

近期,病区发生1例留置针相关医患沟通事件:一名携带普通留置针的患者,因体位变化(翻身、抬手)导致留置针内出现少量回血。当班护士按照护理规范完成评估(确认穿刺处无红肿疼痛、导管无移位、回血为新鲜液态且无凝固),判断导管通畅且无血栓风险后,直接为患者继续输液(继续输液过程顺利,患者无任何不适)。但是患者及患者家属发现回血后,因对“留置针回血是否会形成血栓”存在担忧。尽管护士已经向其说明“评估合格可继续输液”,但是患者仍然坚持要求拔除留置针并重新穿刺。

由于护士初期仅强调“操作没问题”,未充分共情且未透明化解释评估依据,导致患者及患者家属情绪愈发激动。

最终,护士长通过进一步沟通化解了矛盾。这件事暴露出核心风险——即使护士操作符合规范,若是忽视患者及患者家属的情绪与认知差异,则可能引发医患信任危机。

那么,护士遇到这种情况的时候,应该怎么做呢?

本次事件的关键并非“操作不规范”,而是“专业医疗判断”与“患者过度谨慎(认知偏差)”引发的冲突,护士若应对不当,将衍生多重风险。

医患信任风险

护士若以“我评估过了,肯定没问题”为由回避患者的担忧,会让患者觉得“护士不重视我的顾虑”,从“担心血栓”升级为“不信任医务人员”,甚至引发纠纷。

医疗决策风险

若无原则妥协满足“拔针重扎”需求,将增加患者穿刺痛苦(尤其妇科患者,多为反复治疗,血管条件有

限)、血管损伤风险,且新穿刺的留置针仍可能因体位变化出现回血,反而加重患者的焦虑;若强行继续输液,则可能激化患者的情绪,违背“患者知情同意”原则。

流程管理风险

护士若未将“评估过程、沟通内容、患者选择”完整记录,后续若出现问题(如患者追溯“为何当时没拔留置针”),将缺乏追溯依据,存在管理漏洞。

第一步:先做“规范评估”

规范处置与沟通一体化流程(操作+沟通双闭环),为沟通提供“硬依据”(操作基础)。

在继续输液前,护士必须完成3项评估,且同步让患者或患者家属“看得见、听得懂”,避免“护士自说自话”。

“看2点”:穿刺处——护士应展示给患者“您看这儿不红不肿,没有鼓包,说明针位置正确、没渗液”。回血状态——护士应指给患者看“导管里的血液是鲜红色的,没有血块、絮状物”,这是新鲜血液,不是血栓。

“试1次”:用10毫升生理盐水(禁止用<10毫升注射器)轻推1毫升~2毫升,边推边说:“您感受一下,我推药的时候几乎没有费力气,您也不疼吧?这说明导管是通畅的,继续输液没问题。”

“记清楚”:护士将评估结果同步口头告知患者,后续无论沟通结果如何,均需要在护理记录单上注明“留置针评估:穿刺处无异常,回血新鲜,推注生理盐水通畅,符合继续输液的标准”。

第二步:再做“分层沟通”

化解担忧+引导理性选择(沟通核心)。根据患者的情绪,分“担忧解释”和“坚持拔针”两层沟通,核心是“先共情,再讲依据,最后给选项”。

场景1:患者或患者家属仅担忧,未明确要求拔针。

参考话术:“阿姨,我才看到您盯着留置针皱眉头了——换成我家里人住院,看见导管里有血液,肯定也会担心,这种担心太正常了,我特别理解。但是您放心,我刚才专门检查了:您这血是新鲜的,管子也通畅,就像您平时抽血后,护

士用盐水把针管里的血冲回血管一样,这点儿血送回去不会有任何问题。继续输液后我先在这儿守5分钟,您要觉得手疼、胀,随时叫我,之后每半小时我也会过来看看,有问题咱们马上处理。”

场景2:患者或患者家属坚持要求拔针重扎。

参考话术:“我特别懂您想‘重新穿刺才能更放心’的想法,毕竟关乎自己的健康,谨慎一点儿是对的。但是有两件事得跟您说清楚,帮您多考虑一下:您这一根留置针才置入了1天,血管条件本来就挺好的,拔了重新穿刺不仅得多疼一下,还需要重新找合适的血管,反而容易伤身体;重新穿刺后,翻身、抬手也可能再次回血,到时候您又得担心,反而闹心。我们查过现有的留置针是安全的,继续输液后我多盯着,要是您还是坚持拔针,我也尊重您的选择(说明‘医务人员已告知利弊,患者仍坚持拔针’)。我再请护士长过来一起确认下,您看行吗?”

第三步:最后做“闭环记录”

护士应根据患者的选择执行操作,闭环记录(收尾关键)。

选择继续输液:继续输液后,护士应调节滴速,观察10分钟,患者无不适后再离开,记录单补充“已向患者或患者家属解释继续输液的安全性,患者知情同意,继续输液后无异常”。

选择重新穿刺:必要时,护士应先让患者或患者家属签署“知情选择书”(注明评估结果、利弊告知、患者选择);必要时,护士应请护士长共同沟通,确认重新

穿刺后记录操作过程及患者的感受,并向患者重申:“新针若出现回血不用慌,随时叫我。”

风险警示与科室要求

禁止3类错误行为 护士不评估,直接为患者继续输液(无依据的“正确操作”,本身就是风险);只讲“操作没有错误”,不讲“为什么没有错误”(忽视患者认知差异,引发对立);继续强行输液,或随意妥协拔针(不做利弊说明,不记录,留下纠纷隐患)。

牢记沟通核心原则 护士不应与患者“争对错”,只与患者“讲依据”——护士的目标不是“证明自己专业”,而是“让患者理解专业”,把“评估过程”变成“让患者放心的过程”,把“医疗决策”变成“医患共同商量的结果”。

强化“操作+沟通”双记录 所有留置针回血处置,护士必须同步记录“评估内容、沟通要点、患者选择、操作结果”,确保每一步都可以追溯,既保护患者权益,也规范护理行为。

护理安全从来不是“护士觉得没问题”,而是“护士操作规范+患者知情放心”的结合。

本次事件提醒我们:即使是“留置针回血”这样的常见情况,也需要用“专业评估”打底,用“共情沟通”搭桥——少一句“没问题”,多一句“您看,是因为……导致的”,所以这样操作没问题”,才能既守住医疗原则,又化解患者顾虑,真正实现“安全护理+信任医患”的双重目标。

(作者供职于河南省人民医院)

在床边的椅子上,用棉签蘸水给孩子湿润嘴唇,动作轻柔得像拈着一片羽毛。孩子安安稳稳地躺在小床上,孩子的爸爸在一旁收拾东西,嘴里哼着不成调的歌。见我进来,孩子的奶奶有点儿不好意思地站起来:“护士长,昨天孩子哼了两声,我居然敢给他换尿布了。”

我笑着回应:“您看,您本来就这么能干。”

后来,孩子的伤势渐渐好转,各项指标平稳。出院那天,孩子的奶奶拉着我的手,眼圈红红地说:“护士长,我已经打市长热线表扬你们了,不仅是因为你们治好了孩子,更是因为你们让我知道,我不是个只会添乱的老太婆。尤其是您,总是愿意听我唠叨,跟您说说话,我心里的‘疙瘩’就解开了。”

看着他们一家人走出病房,孩子的爸爸抱着孩子,孩子的奶奶跟在旁边,脚步轻快地像脚下有了重担。我忽然明白了,叙事护理究竟是什么复杂的技巧,不过是蹲下来,倾听患者的心声。

(作者供职于南阳市中心医院儿童外科)

■ 护理管理

有人说门诊护士的工作重复而单调,而我却在这方寸之间,窥见世间百态。这里虽然无重症监护病房里的惊心动魄,却承载着女性对健康的渴望、对疾病的恐惧。日复一日的分诊、引导和健康教育,于我而言,绝非机械的流程操作,而是传递医学温度、践行人文关怀的契机。我始终坚信,护理工作的对象是人,而并非只是护理流程,我们提供的不仅是技术服务,还有触及心灵的人文关怀。

精准高效,构建安全信任的“物理空间”

优质服务的基础,是专业与信任。门诊作为患者就医的首站,要用精准和效率,为患者构建一个好的环境。

“预判式”分诊,为医生打好前站 分诊远非简单的排队叫号,护士要熟练掌握妇科急危重症的临床表现,通过患者主诉、体态及简单问询(如停经史)快速进行风险分级,精准识别宫外孕等急症,使其优先处置,为抢救赢得时间。这种精准分诊,既是医疗安全的保障,亦是医患信任的基石。

“一次性”告知,做患者的“导航仪” 面对检查、化验、取药这些流程和陌生的楼层环境,常常让初次就诊者茫然无措。在工作中,护士要始终坚持“一次性告知”原则,用最简洁的语言为患者说明最佳检查路径,必要时辅以纸条提示。这一小小举动,能有效减少患者奔波,极大缓解其无助感。

隐私守护,打造安全的“私密空间” 妇科疾病涉及女性最私密的领域。在工作中,护士要时刻绷紧“隐私保护”这根弦。患者就诊时,确保一人一诊室;引导患者进入检查室时,确认窗帘已拉好、门窗已关闭等。让每一位女性在踏入诊区的那一刻起,就感受到被尊重和

共情沟通,营造倍感尊重的“心理空间”

如果说精准高效是服务的骨架,那么共情与沟通就是服务的血肉。护士要学会“看见”疾病背后的人,用沟通搭建一座信任的桥梁。

倾听,胜过千言万语 很多患者需要的不仅是一个治疗方案,更是一个倾诉的出口。面对有情绪问题的患者,即使再忙,也要耐心倾听她们的担忧和困惑。有时,患者的诉说中藏着诊断线索,更多的时候倾诉本身就是一剂良药。一位更年期女士在倾诉后对我说:“谢谢您听我说话,我心里松快多了。”那一刻我深深体会到:倾听是“最高级的尊重”。

语言,是带有温度的“处方” 我们习以为常的医学术语,对患者而言可能是冰冷而陌生的,我们要努力做医患之间的“翻译官”,用温暖而通俗的语言向患者解释疾病知识。如在解释“宫颈囊肿”时,要比喻说“就像脸上长的痘痘一样,是宫颈腺体正常的分泌物没有顺利排出形成的。这种情况很常见,通常不需要特殊处理。”语言

非语言沟通,无声却有力 一个关切的眼神,一个鼓励的微笑,一次在患者因脱衣动作缓慢时的耐心等待,一次在她因疼痛而紧张时轻轻地握手……这些细微之处的体谅,往往比任何华丽的辞藻更能传递关怀。这种无声的共情沟通,能瞬间建立起信任的桥梁,让关系直抵人心。

赋能引导,拓展延续照护的“成长空间”

优质服务的更高层次,是赋予患者管理自身健康的能力和信心,做一名健康教育的“播种者”和患者自我效能的“激活者”。

把握“教育时刻”:除了针对大众的宣教活动之外,要善于捕捉关键的“教育时刻”。如为阴道炎患者进行用药指导时,普及预防疾病复发的知识;为意外怀孕做流产手术的患者,普及避孕知识等。这种碎片化、场景化的健康教育,令人印象深刻,效果更佳。

提供“可带走”的资源 要制作了一系列图文并茂、简洁易懂的健康教育处方和科普二维码。如:接种HPV(人乳头瘤病毒)疫苗、锻炼盆底功能、更年期保健等知识,患者只需扫码就能观看视频、阅读详细的资料。相当于把一位“口袋里的护士”带回家,将门诊的关怀延伸至患者家庭。

赋予选择的权利 特别是在涉及生活方式调整、长期管理策略时,避免说“你必须怎样”,而是提供信息,帮助她分析利弊,最终支持她做出适合自己的选择。让患者从被动的“接受者”,变为主动的“参与者”,提升治疗的依从性。

门诊护理工作的伟大,藏在每一次耐心指引、每一句温暖话语和每一个守护的细节中。我们应做这方寸之间的“温暖守护者”,于细微处见光芒,于平凡中守初心,以专业的服务能力夯实信任之基,以共情聆听心声,以赋能点亮未来。

(作者供职于郑州大学第三附属医院,本文由何灼烁整理)

■ 心灵驿站

你了解精神分裂症吗

□席娜

日前,一对父子走进郑州市第八人民医院主任医师刘俊德的诊室里。父亲满面愁容,急切地向医生诉说儿子的异常;一旁的年轻人则呆立着,面无表情,还不时莫名发笑。

这个年轻人两年前大学毕业,步入职场后状态逐渐变得懒散被动,眼神呆滞,不仅敏感多疑、常自言自语,还会无故发笑或对人冷笑,对生活和工作毫无规划。后来,他索性独居一室,几乎断绝了与外界的交流,几次恋爱也都无疾而终。在父亲看来,儿子的变化全是恋爱受挫引发的心理问题,可医生经过详细问诊与检查,给出的诊断却是精神分裂症。

“不会、不会!我见过精神分裂症患者,我儿子不疯不傻,怎么会是这个病?”父亲当场面露不悦,始终无法接受诊断结果。最终,他在医生劝说下离开,却未遵照医嘱为儿子治病。数月后,这对父子再次出现在医院——父亲一见到医生便痛哭流涕:“后悔没听您的话!孩子已经两个月没出过家门,总说有人要杀他,连饭都不肯吃,说饭里有毒,实在没办法了又来求助。”

这样的场景,在精神科并不少见。刘俊德指出,很多患者家属精明察觉患者的异常,可一听到“精神病”3个字,第一反应往往是恐惧、回避,甚至觉得是“耻辱”,宁愿将患者的症状归咎为“心理问题”,也不愿面对可能的精神疾病。

这种认知偏差,根源在于大众对精神疾病的错误认知与偏见。多数人对精神疾病患者的印象还停留在“痴痴呆呆”“胡言乱语”的刻板形象里,误以为患者必然“疯或傻”,却忽视了精神疾病的多样性。尤其是精神分裂症,不少患者起病缓慢、症状隐蔽,早期可能只是性格改变、行为异常,并非一发病就表现出极端状态。同时,家属往往过度关注发病原因,比如将患者的变化归咎于“恋爱受挫”“工作压力大”等现实事件,却忽略了症状本身的严重性,也未意识到:很多精神疾病的发病并无明显的诱因,即便有外界压力,也可能只是导火索,而非根本原因。

更关键的是,大众对心理问题与精神疾病的界限存在模糊认知,常将二者混淆。事实上,二者有着本质的区别:心理问题多由工作、学习、婚恋、人际关系等现实压力引发,核心是心理冲突,患者会主观感受到焦虑、抑郁、恐惧等痛苦,且有主动就医的意愿,这类问题主要通过心理咨询、心理治疗缓解;而精神分裂症的发病,更多与遗传、神经系统生化化学异常等因素相关,患者表现为思维、情感、行为的不协调,比如出现幻觉、妄想、情感淡漠等症状,他们往往不会觉得自己“有病”,既感受不到自身行为给他人带来的痛苦,也缺乏主动求治的愿望。治疗时,患者需要以抗精神病药物治疗为主,心理干预仅为辅助。

如今社会压力增大、竞争加剧,精神疾病发病率有所上升,但“谈精神病色变”的偏见仍未消除。不少家属因认知误区,将早期精神分裂症误判为“心理问题”,错过了最佳治疗时机——就像这位年轻人,从最初的行为异常,发展到出现被害妄想、拒绝进食,病情严重程度大幅增加,治疗难度也随之上升。

若大众能多了解精神卫生知识,学会识别精神疾病的早期信号,比如持续的情绪淡漠、行为怪异、敏感多疑、脱离现实等,及时带患者到正规的医疗机构就诊,就能“早识别、早治疗”,尽量减少疾病对患者和家庭的伤害。

(作者供职于郑州市第八人民医院)

■ 叙事护理

我至今还记得那个因坠落导致颅脑损伤的孩子刚住院时,病房里的空气凝重得让人透不过气。

孩子的奶奶坐在床边,花白的头发像打了结的麻绳。她将孩子搂在怀里,胳膊肘支在腿上,弓起的身背绷得像一张拉满弦的弓。连护士想将孩子放到床上检查,她都猛地收紧手臂,眼神里充满了惊恐与防备。

孩子的爸爸沉默地坐在一旁的椅子上,嘴唇动了动,最终却什么也没说,只是化作一声声叹息。他几次伸出手,想帮母亲整理被孩子蹭乱的头发,最终又轻轻地缩了回去。

第一次查房时,我特意在孩子的奶奶身边多停留了一会儿,轻声说:“阿姨,您抱了这么久,手臂都僵硬了吧?我帮您揉揉。”她没开口,眼泪先掉了下来:“都怪我,我就是个罪人……要是我当时我不分心,专心照看孩子,孩子就不会摔伤了……”

孩子的爸爸这才开口:“妈,您别这样,谁也不想发生这样的事。我也有责任。”孩子的爸爸说着,把椅子往孩子

的奶奶身边挪了挪。孩子的奶奶像是没听见,只是反复念叨:“都怪我分心了……”

此后每次查房时,我都会绕到孩子的病床前,先问问孩子情况,再陪着孩子的奶奶聊几句家常。有一次,孩子的奶奶提起以前在单位当会计,账算得比电脑还准。我顺势接话:“那您肯定特别细心严谨,不然哪能把账管得那么好?”

她愣了一下,嘴角向下撇了撇:“现在不行了,连个孩子都看不好……”孩子的奶奶顿了顿,又低声说:“其实家里大小事都是我操心,像孩子的医保参保手续,每年都是我跑前跑后,今年还没来得及及办理……”

我搬了个小凳子坐在孩子的奶奶旁边:“您看,家里家外都靠您,操心的事多了,难免有顾不过来的时候。您退休了还帮着儿子儿媳带孙子,这份担当可不是谁都有的。您要是垮了,孩子的爸

爸更难了。”孩子的奶奶闻言,往儿子那边看了一眼,抱着孩子的手臂似乎松了一点儿。

第二天一大早,我刚到病房门口,就听见里面低低的争执声。孩子的爸爸扶着孩子奶奶的肩膀说:“妈,您都两宿没合眼了,我替您抱一会儿行不行?您这样下去,孩子还没好,您先倒下了!”孩子的奶奶的脑袋,终于慢慢松开胳膊,眼睛却一眨不眨地盯着,手始终悬在半空,仿佛随时要扑过去。

那天下午,我又对孩子的奶奶说:“阿姨,孩子的爸爸刚才还跟我说,让我劝劝您别总抱着。他说您年轻时

在单位年年拿先进,这次是一个意外,让您别太紧张了。”

孩子的奶奶抬起头,眼里有了点儿光:“他真这么说?”

孩子的爸爸赶紧点头:“妈,护士长说得对,您一直都是家里的主心骨。”

后来有一天,孩子的爷爷来了,我对孩子的爷爷说:“叔叔,您看阿姨在这儿尽心尽力照顾孩子,一门心思盼着孩子好。”孩子的爷爷也叹气:“她就是太自責了,我們都没怪她。”孩子的奶奶听着,眼泪掉了下来,这次她没再念叨“都怪我”,而是抬头问我:“护士长,您不嫌我这个老太婆啰嗦啊?天天听我念叨这些烦心事。”

我笑着帮她擦了擦眼泪:“阿姨,您愿意跟我说心里话,说明您信得过我,我高兴还来不及呢。”

大概过了四五天,我查房时看到,孩子的奶奶正坐