

■ 专 科 护 理

全肺切除术后合并多重耐药菌感染患者的护理

□任玉雪

护理措施

疼痛护理

严格遵医嘱给予患者止痛药物,并合理使用镇痛泵以持续缓解患者疼痛。此外,护士需密切监测患者的疼痛程度,并定期开展疼痛评估。依据评估结果,及时采取药物治疗、非药物疗法(如冷敷、热敷、按摩等)及心理护理(如转移注意力、放松训练等)相结合的综合疼痛管理措施,指导患者掌握有效的疼痛缓解方法。

呼吸功能护理

针对患者存在的低效性呼吸形态问题,护理团队采取了一系列综合措施。首先,严格遵医嘱及时给予患者止痛药物,以减轻疼痛对呼吸功能的不利影响;其次,实施雾化吸入治疗,使用特布他林和布地奈德,缓解气道痉挛、减轻气道炎症;最后,指导患者开展有效咳嗽、腹式呼吸和缩唇呼吸训练,以增强呼吸肌功能、提高通气效率。此外,护士需辅助患者使用呼吸训练器,进一步提升其呼吸功能,促进术后肺部康复。

引流管护理

1.确保引流管固定牢固,防止发生打折、受压或脱落。术后早期,引流管应保持夹闭状态。仅在医生指导下,当患者出现呼吸困难、皮下气肿等情况时,可短暂开放引流管,严禁擅自操作。

2.避免过度引流。全肺切除术后,胸腔内需维持一定压力,若

过度引流,会导致纵隔向健侧移位,进而引发循环功能障碍。因此,在全肺切除术后,护士需根据患者的具体情况(如引流液的颜色、性质、量的变化趋势),严格遵医嘱设定引流管的水封瓶高度、调节引流负压,并密切监测患者的生命体征,及时调整引流策略,确保引流量在安全范围内,既有效排出积液,又避免因过度引流导致的并发症。患者及其家属也应了解引流管护理的重要性,配合医护人员观察引流液情况,如有异常(如引流液突然增多、颜色变深或出现泡沫)应及时告知医护人员,以便及时处理。

营养护理

依据营养师的专业建议,护理团队为患者制定了富含蛋白质、热量和维生素且易于消化吸收的饮食方案。通过少食多餐的方式,逐步引导患者从流质/半流质饮食过渡到更丰富多样的饮食,同时叮嘱患者避免辛辣和油腻食物。此外,护理团队在护理过程中需密切观察患者的饮食反应,如有异常及时调整饮食方案,以确保营养支持的科学性和有效性,从而加速患者的术后康复。

心理护理

叙事护理在患者康复过程中具有核心作用,通过倾听并引导患者讲述患病经历,帮助患者梳理情绪、重构疾病认知,进而提升治疗配合度与心理韧性,为生理

康复提供重要的心理支撑。其核心作用包括以下三方面:

1.释放负面情绪:引导患者诉说不良感受,避免心理压力转化为失眠、食欲下降等生理问题。

2.增强治疗主动性:将康复目标与患者在意的事项(如陪伴家人、回归工作)相关联,推动患者从“被动接受治疗”转向“主动配合康复”。

3.重建自我信心:帮助患者回忆患病前的社会角色,减少“我是病人”的负面认知。

体位护理

全肺切除术后患者体位管理的核心意义在于预防纵隔移位,同时保障健肺通气,减少呼吸困难、肺部感染等术后并发症。

1.为健侧肺“腾出空间”:采用半坐卧位(床头抬30度~45度)可减轻腹部器官(如胃、肠)对膈肌的压迫,使健侧肺能更充分地舒展,增加通气量,提升通气效率。

2.避免健侧肺“被挤压”:采用1/4侧卧位可固定纵隔(防止其向健侧移位),避免纵隔和患侧积气/积液对健侧肺的压迫,确保健侧肺保持“不受干扰”的工作状态,确保氧气能够有效进入血液,使血氧饱和度达标,从而缓解气短、胸闷等缺氧症状。

出院指导

饮食需均衡营养,少食多餐,忌辛辣、刺激,避免暴饮暴食,保持大便通畅。出现疼痛时,可通过转移注意力、放松训练的方式缓解,必要时联系医生。

思考与启示

1.叙事护理的普适性:对于长期受慢性病折磨的患者,叙事护理不是“心灵鸡汤”,而是通过重构生命故事,帮助他们从“疾病的受害者”转变为“健康的主导者”。

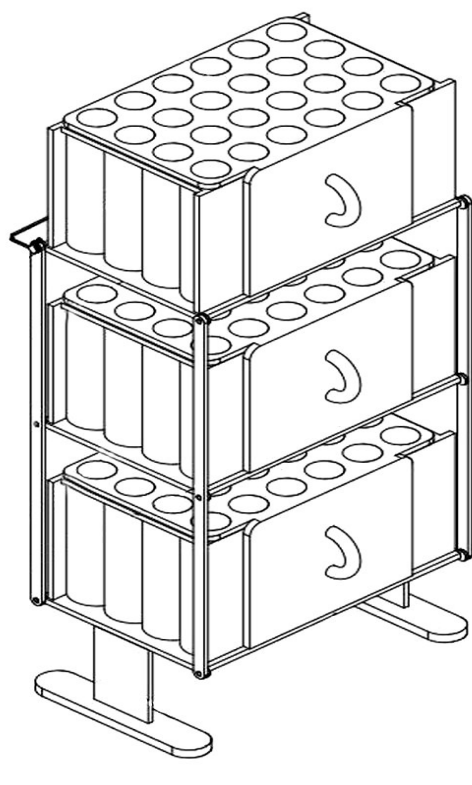
2.体位护理的专业性:全肺切除术后体位管理是一项专业性较强的技术工作,需结合解剖学与生理学知识,精准把控角度、时间和引流细节。建议制定全肺切除术后体位护理操作相关指南,细化不同阶段的体位要求、监测要点及应急处置流程,以提升护理的标准化水平。

3.“双焦点”的协同价值:当心理护理与生理护理深度融合时,患者的康复便不再局限于“指标改善”,而是迈向“身心俱愈”的生命重建。这提示我们,重症护理需突破“技术至上”的思维局限,在专业操作中融入人文关怀,才能真正践行“以患者为中心”的护理理念。

这则案例以叙事护理和体位护理为双核心,生动诠释了现代护理的多元价值——它既能以专业技术守护患者的生理底线,又能以人文关怀唤醒患者的生命希望。在结核性毁损肺等重症领域,这种“双焦点”护理或将成为未来临床实践的重要方向。

(作者供职于河南省胸科医院)

小 发明



标本试管放置架的简易整体结构示意图

技术背景

在进行标本采样时,需将采集到的标本分别放置在试管内保存,以便后续检测。为便于对放置标本的试管进行有序摆放,避免因随意放置导致标本信息混乱,通常会使用试管架。试管架可将试管分类规整放置,便于后续检测。目前常用的试管放置架多为一体式结构。如果在传染病高发期在室外进行采样时,此类试管架因长期暴露于外界环境,容易附着污染源,放置试管时可能引发接触性感染。此外,现有试管架通常仅设有一层,在采集量大时需频繁更换,影响工作效率。为解决上述提到的问题,有必要设计一种新型的标本试管放置架。

创新内容

该标本试管放置架包括支腿、第一放置板、第二放置板、第三放置板、承载板、支撑装置等部件。支腿上端由下至上依次设有第一放置板、第二放置板与第三放置板。第一放置板左右两端的前后两侧分别铰接有第一平行板和第二平行板;第一平行板与第二平行板的上端分别和第三放置板左右两端的前后两侧铰接;第二放置板左右两端的前后两侧分别和第一平行板、第二平行板的中部铰接。第一放置板、第二放置板与第三放置板的上端均固定连接放置盒,放置盒的上端放置有一块可拆卸的承载板。第三放置板的后端安装有支撑装置。

支撑装置包括固定连接在第三放置板后端的移动管及移动管表面下侧滑动连接的安装管。安装管底部固定连接在支撑板。移动管内部分转动连接有控制杆,控制杆下端两侧分别固定连接在安装板,安装板下端分别滑动连接有限动齿块;安装管内壁相对的两侧分别固定连接有可与有限动齿块啮合的限动齿条。控制杆下端相对的两侧分别铰接有铰接杆,铰接杆的另一端分别与有限动齿块底部铰接;控制杆上端固定连接在控制旋钮。

移动管下端的前后两侧分别滑动连接有安装杆,各安装杆均与安装管内壁固定连接;安装杆表面分别套有推动弹簧,推动弹簧分别位于安装管的下侧。有限动齿块的内端分别固定连接有复位弹簧,复位弹簧的另一端分别与安装板固定连接。

第二平行板的上端外侧分别固定连接有第一端面齿轮,各第一端面齿轮分别与第二平行板上端和第三放置板铰接的铰接点同轴心设置,且第一端面齿轮的外端分别啮合有可同步向外侧移动的第二端面齿轮,第二端面齿轮均与第三放置板滑动连接。控制杆表面上侧相对的两侧分别铰接有连动杆,连动杆的另一端分别与第二端面齿轮的表面铰接。

第二端面齿轮的表面分别固定连接有连接板,连接板的上端滑动连接有限位杆,限位杆与第三放置板固定连接;限位杆表面分别设有啮合弹簧,各啮合弹簧分别位于连接板的外侧。

承载板底部分别固定连接有多个放置管,上端对应设置有多个与放置管连通的通孔。放置盒的上端表面设置有多可容纳放置管的放置孔,各放置管分别置于对应的放置孔内侧。承载板前端固定连接有把手。

有益效果

该标本试管放置架结构新颖,构思巧妙,操作简便。使用时,可控制第一放置板、第二放置板和第三放置板由上下排列状态调整为梯形展开状态,方便使用者将标本试管放置在承载板上;标本试管可经通孔依次放入放置管内。承载板可根据使用者需求拆卸更换,避免带有感染性的标本试管发生交叉感染。支撑装置可在各放置板变形完成后对第三放置板进行支撑,进而实现对试管放置架整体的稳定支撑,便于使用者操作使用。

(作者供职于河南省人民医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

投稿邮箱:
568689252@qq.com

病例分析

患者王某,女,52岁,因“间断咳嗽咳痰1年余,加重伴咯血1天”入院。患者既往患2型糖尿病4年,长期口服二甲双胍缓释片、格列美脲片控制血糖,空腹血糖波动于13毫摩尔/升~19毫摩尔/升之间,存在青霉素类药物过敏史。1年多前,患者于当地医院确诊肺结核,自行口服四联抗结核药物治疗,后因出现恶心、呕吐等不良反应停药,仍间断存在咳嗽咳痰症状,遂来我院就诊。

入院后完善胸部CT检查,提示双肺团片、结节伴

多发空洞形成,考虑肺结核伴曲霉菌球形成;经支气管镜检查明确诊断为肺结核合并肺部感染,给予抗结核、抗真菌及保肝治疗后病情好转出院。近期,患者出现咯黑红色血块,出血量约50毫升,我院急诊以“咯血待查、肺部感染”将其收治入院,经会诊诊断为左侧结核性毁损肺,随后在全麻下行左全肺切除术,术后给予全肺切除术后常规护理。治疗期间,患者存在焦虑情绪,考虑与病情反复、长期治疗及对预后的担忧有关,给予综合护理。

■ 叙 事 护 理

叙事护理在献血服务中的应用

□贺文杰

调查背景

为满足日益增长的临床用血需求,提升献血者的献血体验,河南省红十字血液中心采血一科在近几年工作中将叙事护理应用于献血服务中,持续提升献血服务质量,促进无偿献血工作高效开展。叙事护理的应用是对采血模式的创新实践,通过细致沟通,发掘献血者的感人故事,充分尊重、肯定、关爱献血者,强化其捐献热血的行为,升华奉献精神。在号召更多爱心人士参与无偿献血的同时,科室积极开展无偿献血宣传,动员和组织无偿献血活动,力求实现无偿献血工作的口口相传,不断提升无偿献血公众知晓率和参与度。实施叙事护理不仅是采血护士实现职业存在感、价值感的迫切需求,还是增强工作主动性和积极性的发力点。护士内心的滋养与丰盈、信念的坚定与执着,是无偿献血公益事业顺利开展的关键所在。

国内外研究现状、水平及发展趋势

20世纪80年代,叙事疗法由澳大利亚临床心理学家迈克尔·怀特(Michael White)与新西兰学者大卫·艾普斯頓(David Epston)共同创立。1993年,美国护理教育家迪

克尔曼(Diekermann)率先将叙事教育方法引入护理教育领域。

2001年,美国内科医生丽塔·卡伦(Rita Charon)在《内科学年报》上发表《叙事医学:形式、功能和伦理》,首次提出“叙事医学”的概念。

2013年,中国石油中心医院试点开展叙事护理。

2016年,北京大学医学人文研究院召开“叙事医学”座谈会。

近年来,河南省人民医院、河南省肿瘤医院、河南省胸科医院、郑州人民医院等多家医疗机构均在推广应用叙事护理。据了解,截至目前,患者存在焦虑情绪、考虑与病情反复、长期治疗及对预后的担忧有关,给予综合护理。

采用的研究方法、技术路线

1.在河南省红十字血液中心各献血点及流动献血车开展叙事护理学习和推广应用。通过实践并与对照组比较,验证叙事护理能够降低献血不良反应发生率,减少非规格血液采集量。

2.将叙事护理应用到献血者的宣传招募工作中,结果显示,应用期间二次及以上献血人员占比提高,定期献血者比例提升,献血现场团队招募成功数量亦高于对照组。

3.探究叙事护理应用对工作

人员护理内涵、业务水平提升和自我认可指数的影响,发现应用组工作人员在献血知识的掌握率、认知态度和业务技术方面均高于对照组。

通过对献血服务满意度调查,叙事护理应用组的好评率高于对照组。

具体实施方案

1.经过前期考察、讨论研究,科室成立了叙事护理服务小组,正式开启叙事护理规范化服务模式,实施献血服务人性化护理方案。在完成系统培训后,2020年1月,科室创建了叙事护理班展示范区,通过示范区的做法和经验,以点带面,实现全科推广。同年8月,叙事护理覆盖率达到了100%。

2.在叙事护理规范化服务推广过程中,科室通过召开动员会达成全体共识,提出服务纲领以明确方向,并定期举办交流会进行分享研讨。叙事护理服务小组成员和护士们共同开发新领域,发现服务新亮点,形成了“个人感动班组、班组感动科室、护士与献血者互相感动、献血者感动周围人”的良性链条,进而营造了“班组间比服务,人人争上游”的良好氛围。

3.实施叙事护理,需将护理

工作细化为微型化单元,将献血者及其陪同者作为独立的个体,充分了解每一位个体的外在和内在需求,从而将以往的“单纯专业化献血”模式转变为“关注献血者本身、发掘献血者背后的力量、注重人文护理”的服务模式。提供人性化互动的献血服务,是创造超越献血者期望值的创新服务。

4.落实《采血一科献血服务提升实施办法》,公示服务承诺,设置便民服务牌,为市民提供饮用水、雨伞,并提供简单的创伤包扎和常用急救药品。叙事护理需了解献血者的内心想法,这必须建立在良好的服务基础上。科室通过落实“五有”措施(登记时有人迎接、初筛时有人慰藉、采血时有人陪伴、离开时有人护送、市民有难时及时帮忙)及“六个一”服务(一声问候、一个微笑、一杯温水、一个整洁环境、一针技术、一句感谢与邀约),迅速建立顺畅的交流平台,发掘献血者的故事。

效果评估

1.问卷调查法:发放调查问卷,让献血者在完成献血体验后当场填写反馈意见,以便更直观地了解情况。

2.对比观察法:选取两个班

组,一个班组按正常程序进行采血操作,另一个班组将叙事护理运用到采血工作中,增加与献血者的沟通交流,并将叙事护理与采血工作的每个环节紧密结合。随后,在特定时间段观察并对比两个班组的献血反应、不足量血液占比、献血者满意度等各项指标,并对结果进行综合分析。

取得显著效果

1.献血者与护士之间的关系更加融洽,献血者满意度得到提升。

2.护理质量持续优化,献血不良反应发生率降低,献血安全得以保障。

3.护士的执业认可度显著增强,自身价值得到有效体现。

4.护理观念实现转变,专业技术水平随之提升。

5.叙事护理的推广应用,使行业社会评价明显提高。

6.献血者队伍不断扩大,团队招募效果显著提升,采血量持续增加,逐步满足日益增长的临床用血需求。同时,献血不良反应发生率降低,非规格血液采集量减少,献血者的献血体验得到提升,公益社会形象进一步增强。

(作者供职于河南省红十字血液中心)