

抢救室病人的濒死心理及护理

金桂萍

014300 内蒙古鄂尔多斯市达拉特旗人民医院

doi: 10. 3969/j. issn. 1007 - 614x. 2009. 09. 153

濒死心理的原因

环境因素:抢救室是用来抢救场所,因此它的设施不同于普通病房,如门牌上写着“抢救室”三个字样。室内备有氧气、心电监护仪、抢救柜、人工呼吸器,墙上挂有抢救图案,这种环境可以使病人产生一种预感自己病情濒危的恐惧心理。

某些特殊治疗及护理:抢救室病人除了给予一般治疗外,还常需要某些特殊治疗。如吸氧、心电监护、人工呼吸、留置导尿、输血、胃肠减压,有的患者还需要同时输两组或三组液体,专人特护等。这些“特殊性”,都可能使病人想像成快死病人所用的。因此这些容易使病人产生濒死心理。

医护人员的言行:护理人员的一言一行,都会引起病人的心理反应。作抢救室的病人多为一级或特级护理,需医护人员经常巡视病房了解病情,这样由于工作量的增加,不免会给医护人员造成紧张感,这种紧张感都会使病人在精神上产生不安,出现濒死心理。

濒死心理的护理

耐心开导解释住抢救室的原因,对住抢救室的原因没有必要如实回答,可进行如让病人相信你所说的是“真实的回答”。①可解释住抢救室为了有一个安静舒适的环境,以便安心休养。②需要专人特护,普通病房不能满足这一需要。③其他床位均满,惟抢救室暂空可收治。④公费医疗,无经济顾虑,根据这种情况尽量给您安排需要安静的环境,以便休养,使您早日康复。

言行护理:在临床工作中,医护人员的一言一行,都会造成病人的心理反应,医护人员操作娴熟,会使病人产生安全感,减弱濒死感。耐心解释,态度和蔼,能消除孤独感,增加亲切感。因此护理人员

要时刻注意自己的言行。总之,护理人员不仅要有娴熟的专科护理技术,还要具备说话的艺术,言语要亲切,要加强思想引导,多安慰病人,但说话要谨慎,不要让病人觉察到病情的严重性。

加强责任心,做好保护性医疗。保护性医疗做的好坏,对病人的影响重大。如有一患“急性心肌梗死”的病人,每次测量血压都要问血压高低,病情的发展情况等,开始我们没有掌握病人的心理都如实地告诉他,这个病人很敏感,以后哪怕病情稳定不稳定,他也感到周身不适,后来发现他的心理特点后,我们就注意了保护性医疗;但反过来也有些病人很想知道自身疾病的大致情况(包括病情危重否、预后如何、如何治疗及护理),他们如果不能及时了解这些情况,则会产生焦虑心理。因此为了预防这一点,医护人员不可长期回避病人提出的问题,否则加重病人的顾虑。当病人了解到对今后的治疗及护理过程中病情有了充分了解时,他们战胜疾病的信心便会增加,积极配合治疗及护理,从而消除濒死心理,使病情早日痊愈,及时出院。

肺癌术后护理与健康教育 45 例体会

郑莉蓉¹ 黄育红²418000 湖南省怀化医学高等专科学校¹418000 湖南省怀化市第一人民医院²

doi: 10. 3969/j. issn. 1007 - 614x. 2009. 09. 154

我院自 2005 ~ 2007 年对肺癌施行肺叶切除 45 例,现将护理体会介绍如下。

临床资料

本组肺癌患者 45 例,男 41 例,女 4 例,年龄 40 ~ 65 岁。病理类型:鳞癌 27 例,腺癌 9 例,小细胞未分化癌 5 例,大细胞癌 4 例。术前支气管镜、CT、X 线检查均证实为肺癌,均在全麻下行肺叶或全肺切除,手术均较顺利。

结果

本组病例手术效果满意。术后发生

急性呼吸衰竭 2 例,胸腔内出血 1 例,均治愈。1 例术后第 4 天出现支气管胸膜瘘,于术后第 8 天死亡。

护 理

一般护理:患者术后返回病房,应及时观察其面容、呼吸、血压、脉搏、体温变化。监测心电图及血氧饱和度。若心率超过 100 次/分,则需加以重视;监测中心静脉压,术后经常测定,以利输血、补液速度及量,使中心静脉压维持在 0.59 ~ 1.18 kPa;并准确记录液体出入量。每日补液量不超过 1500ml,补液滴速以 20 ~ 30 滴/分为宜,并限制 NaCl 的用量,减轻心脏负荷,预防急性肺水肿。

体位护理:手术后患者未清醒,去枕平卧位,头偏向一侧,以免呕吐物、分泌物吸入而致窒息或并发吸入肺炎;清醒后取半卧位,使膈肌下降,肺活量增加,有利于呼吸和胸腔引流;拔除胸腔引流管后,定时患侧卧位,每次 15 ~ 30 分钟,以利于健肺扩张,纵隔向患侧移位,减小胸部残腔。

呼吸道护理:鼓励病人深呼吸,有效咳嗽,必要时进行吸痰,每次吸时间不应超过 15 秒,以防止发生缺氧;对痰液黏稠不易排出者,配合雾化吸入。应用沐舒坦注射液 4ml 加蒸馏水 100ml 给予病人超声雾化吸入治疗,湿化呼吸道,稀释痰液。雾化后,指导正确的咳痰方法,鼓励并协助病人翻身、叩背以促排痰。

胸腔闭式引流管的护理:注意观察引流管内排出积气、积液量,颜色、性质。如果引流液连续 3 小时超过 100ml/小时,颜色鲜红,说明胸腔内有活动性出血,应及时通知医生采取措施;胸引管用止血钳夹闭,根据气管位置及病人状态决定开放胸引管,开放时排液要缓慢,禁止病人在此时咳嗽,以免造成纵隔摆动,要注意观察伤口及引流口周围有无皮下气肿。更换引流瓶内液体时要严格无菌操作。

健康教育

健康教育是癌症防治中的重要手段

护理风险管理初探

刘朝晖

413500 湖南益阳市安化县中医院护理部

doi: 10. 3969/j. issn. 1007 - 614x. 2009. 09. 155

护理风险是指从事护理工作所具有的并由护士承担的风险,通常包括经济风险、政治风险、法律风险及人身风险等,医院护理风险管理是一种管理程序,是对现有和潜在的护理风险的识别、评价和处理,以减少护理风险事件的发生及风险事件对患者、护理人员、医院的危害及经济损失^[1]。护理风险始终贯穿在护理操作、处置、配合抢救等各个环节和过程中,一旦发生护理差错或事故,就会给患者和家属带来痛苦,给医院和医护人员带来损失。在护理管理中运用风险管理,不仅可以规范护理程序,还可以改善护患关系,提高护理质量。

护理风险管理的必要性

虽然我们一直在强调护理质量和医疗安全,但护理工作中的风险因素依然存在。如护理人员法律意识淡薄,缺乏预见护理差错事故发生的能力,护士在工作中还有不严格执行查对制度或不细致观察患者病情变化的情况;在护理文书与质量方面,有些护士记录不及时、明确、完整等,这些都有可能成为护理纠纷,极有可能发生护理差错事故的诱因;还有护理人

员技术水平低下,对病情不能正确评估,缺乏正确的预见性,对可能出现或已出现的不良征兆不能捕捉和认识,护理技术操作不熟练,缺乏临床经验,相互配合不协调等;有些管理者组织管理、人力资源管理、设备、环境、安全管理等方面的欠缺也会带来直接或间接医疗护理风险;加之医学科学技术的迅猛发展,新技术、新业务不断发展,新的诊疗仪器不断更新,护理人员知识结构与工作技能跟不上医疗事业的发展。还有患者所患疾病的危险、复杂性,或患者期望值过高而行医学无法解决的问题,以及物质因素、社会环境都是医疗风险的潜在诱发因素。护理风险因素的存在决定了护理风险管理的必要性。

另外,随着医学科学知识的普及和法制观念的普及,公民的法律意识不断增强,在就医过程中医护人员的行为举止都有可能成为医疗纠纷的导火索,从这个方面讲,风险管理也是保护护理从业者的有效措施。

护理风险管理的对策与措施

首先,护理管理者应增强安全意识,查找、评估安全管理的误区和盲点,根据安全的需要,依法制订切实可行的安全管理制度。医院实行等级管理责任制,成立由护理部主任、护士长、护理骨干组成的护理安全管理委员会,加强基础质控、环节质控和终末质控,各级组织各尽其职,各负其责,定期分析,防患于未然。同时严格护士执业注册资格,杜绝无证上岗。合理配备护理人员,避免其超负荷工作。

其次,增强护理人员的风险意识、法

律意识和自我保护意识。结合医院现状,组织护士学习《医疗事故处理条例》及相关法律、法规、规章、规范,进一步提高认识,积极主动地运用法律手段维护护患双方的合法权益,真正做到知法、守法、懂法、护法。履行告知义务,让患者明白接受服务就要接受可能受到损害的风险。患者同意是医疗、护理侵权行为的必要免责条件,是医疗、护理行为合法的前提^[2]。

第三,要求护理人员强化服务意识,不断提高业务技术水平,用过硬的护理本领规避医疗风险。护理人员要加强责任心,改善服务态度,牢固树立“以病人为中心”的服务宗旨,增强服务意识,转变服务观念,为患者提供体现个性化的优质服务,对患者提出的疑问或某些过激言行,应给予必要解释与疏导,以取得患者的理解和信任,最大限度地满足患者的需求。要熟悉业务,严密观察病情,认真落实基础护理和专科护理。严格执行医嘱,及时准确记录护理文书,提高服务质量。

讨论

实施风险管理是护理管理方式和思想意识的全面更新。做好护理风险管理,是护理质量管理的科学化、规范化。加强风险管理,增强风险意识,注重预防为主,就可最大限度地回避风险事件。

参考文献

- 1 苗青. 风险管理在临床护理领域中的运用. 兵团医学, 2005(2): 63-63.
- 2 杨绍珍. 护理人员履行告知义务的探讨. 中国实用护理杂志, 2004, 20(1A): 67.

之一,而且是很重要的内容之一,健康教育参与各种治疗过程,并在其中发挥重要的辅助和补充作用^[1-3]。肺癌的手术治疗更需要健康教育的参与。

肺癌手术病人多有恐惧、顾虑重重等心理,表现心情忐忑不安,紧张甚至失眠等,对上述情况应予足够重视。护理人员在患者入院时热情接待,在手术前认真耐心听取病人所提出的任何问题,以减轻其焦虑不安和害怕的程度;向病人和家属宣教手术方案和手术后出现的问题,各种治疗护理的意义、方法、配合要点及注意事项,以做好充分的心理准备;术后第1日如生命体征平稳,可鼓励病人用健侧握体系在床尾栏上的绷带坐起。术后48~72小时可根据患者情况下床在床旁移步。活动时,最好在心电

监测下进行,病人的活动应根据病情决定;术后第1日和第2日可进少量无渣饮食,并给静脉补充营养,第3日可停静脉输液,鼓励病人进软食,逐步过渡到普食如面条、白粥,量不宜过多,避免进食太急太快,防止呛咳造成吸入性肺炎,导致肺部严重感染。

康复阶段帮助患者树立信心,面对现实,消除一切不良习惯,保持愉快的心情,劳逸结合,提高自身免疫力,巩固治疗效果,患者在出院时为其进行出院后有关休息、饮食、随访等方面的讲解,要求患者出院后注意休息、合理营养,适量活动,包括正确进行呼吸功能锻炼等;指导劝告病人停止吸烟,因为吸烟会刺激肺、气管及支气管,使气管、支气管分泌物增加,以伤肺部功能;还要定期复查。

讨论

肺癌肺切除术对术后护理要求较高,必须密切观察病情变化,一旦发现问题及时解决。早期协助排痰,必要时雾化吸入,控制输液量及速度;进行恰当的引流管护理。在做好护理工作的同时必须加强对患者的健康教育,让患者了解手术、消除心理障碍,积极配合医护,就会解除痛苦,获得满意疗效。

参考文献

- 1 李建林. 癌症康复病人的心理社会治疗干预. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(2): 83-85.
- 2 李剑媛. 掌握健康教育原则,提高健康教育效果. 护理研究, 2003, 17(5): 497-499.
- 3 王建红. 论医院健康教育与医德教育和医德修养的互动. 中国健康教育, 2001, 18(1): 42.