

· 临床护理 ·

临床护理路径在大肠息肉氩气刀治疗患者中的应用体会

何 燕

(第三军医大学大坪医院消化内科, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.026

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)14-1414-02

临床护理路径(CNP)是指导护理工作,实施健康教育的有效工具^[1]。2010年2~12月本科对40例大肠息肉氩气刀治疗患者实施CNP,效果良好,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010年2~12月收治大肠息肉患者80例,均经肠镜检查确诊。作者将患者随机分为观察组和对照组各40例,观察组男25例,女15例;年龄25~70岁,平均(45.5±25.6)岁,大肠单个息肉22例,多发性息肉18例。对照组男27例,女13例;年龄22~72岁,平均(49.5±21.3)岁,大肠单个息肉23例,多发性息肉17例。两组在性别、年龄和息肉类型等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性^[2]。

1.2 方法 对照组按照传统的治疗模式,在治疗、护理、检查项目、住院天数等未统一规定。观察组采用CNP表,根据氩气

刀治疗大肠息肉的健康需求,查阅相关资料,经过多次临床实践,进行修改、补充、完善,最后由专家审定。制订大肠息肉氩气刀治疗CNP,见表1。责任护士和当班护士每天根据健康教育路径的指引,结合患者自身的情况如文化层次、年龄、疾病特征、理解能力、对疾病的认识等进行具体教育。以口头教育、文字教育相结合示范教育。评估患者每日是否达到表中的要求,护士签名,责任组长检查,护士长抽查。如果没有完成表1中所示内容,责任护士和责任组长反复进行评估、教育评价直至达到最终目标。

1.3 观察指标 患者在住院期间,向其发放对医护人员的满意度调查表,分为满意、较满意、不满意3个等级,收回后统计满意度。

表1 大肠息肉氩气刀治疗 CNP

住院天数	护理与健康教育
第1天	入院介绍;制订护理计划;按生活护理等级做好生活协助工作,指导患者到相关科室的检查饮食交代,进行心理指导、服药指导等。
第2天	完成当日晨静脉抽血,指导并协助留取大、小便标本,做好肠道准备;做好治疗方案、药物知识介绍;禁食水24h(遵医嘱);休息与活动介绍。
第3天	卧床休息,3d内避免剧烈活动;观察大便情况以及腹痛情况,出现便血及时报告医生,监测生命体征;做好生活协助与及遵医嘱行为的督察。
第4天	可进食者的饮食指导;观察腹部症状、体征,有无并发症;了解健康宣教情况,查漏补缺。
第5天	继续观察有无腹痛、便血,生命体征是否平稳;交代精神放松,密切配合治疗、护理。
第6~7天	继续观察腹部症状及大便性状,有无并发症。出院指导:按时复查肠镜;出院带药服用方法及注意事项;大便、饮食及健康生活方式宣教及腹部情况观察。

2 结 果

对照组与观察组满意度比较见表2。表2显示,观察组满意度明显高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。患者对疾病及治疗的知识掌握和依从性也明显提高。

表2 两组满意度比较

组别	n	满意(n)	基本满意(n)	不满意(n)	满意度(%)
对照组	40	17	13	10	75
观察组	40	26	10	4	90*

*: $P<0.05$,与对照组比较。

3 讨 论

大肠息肉是所有向肠腔突出的赘生物的总称,包括肿瘤性和非肿瘤性,前者与癌发生关系密切,是癌前期病变,后者与癌发生关系较少。由于这两种息肉在临床上不易区分,故常以息肉作为初步诊断,待病理学检查明确诊断后再进一步分类。因

大肠癌的发生是正常肠上皮一增生改变/微小腺瘤—早期腺瘤—中期腺瘤—后期腺瘤—癌—癌转移的演变过程^[3],临床上通常对活检明确的炎性息肉进行氩气刀治疗,预防进一步恶性化。治疗后定期随访,复查肠镜,了解黏膜愈合情况^[4]。

CNP是近年来发展起来的一种标准化护理方法,是一种科学高效的护理新模式,其针对特定的患者群体,以时间为横轴,以入院指导、接诊时评估、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、活动、观察、教育、出院计划等理想的护理手段为纵轴,制成一个日程计划表^[5]。它强调时效性,明确规定了各项处置及活动介入时间^[5-6]。它更多地关注实践性,使医疗护理标准化,即当患者一旦进入医疗程序,医护人员该怎么做,均有明确规定,让患者在进入CNP后的时间段内都依此模式接受照顾。此外,CNP强调完整性和合作性,它由提供医疗服务的所有成员共同研究拟订治疗内容及执行时间,临床实践中以患者为中心,整合多个部门的工作,包括专业部门及行政部门,强调部门

间横向的联系与沟通^[7]。

应用 CNP 减少了治疗护理环节,又提高了工作效率。因有严格的时间框架为指导,表中所列的每日工作内容一目了然,可使护理工作有预见性、计划性,避免少数护士因年资浅、经验不足、个人水平能力不同而造成遗漏和疏忽^[8],从而大大减少了护理差错的发生,提高了护理质量^[9]。

参考文献:

- [1] 袁桂平,陈洪波,朱芳.应用临床路径对腺性膀胱炎患者实施整体护理[J].山西医药杂志,2010,4(39):385-386.
- [2] 费珍美,朱炜.中医护理临床路径在肛肠疾病患者围术期应用的效果[J].解放军护理杂志,2010,27(186):904-906.
- [3] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:420.

• 临床护理 •

- [4] 阙金茹.肠镜下氩离子凝固术治疗大肠息肉 78 例护理体会[J].山东医药,2009,49(38):25-26.
- [5] 何红.内科临床护理路径的构建与实施[J].护理研究:中旬版,2009,23(2):404-405.
- [6] 陈晓秀.应用临床护理路径提高高校医院住院部护理质量[J].现代中西医结合杂志,2009,18(9):1053.
- [7] 羊淑平.论临床路径与整体护理整合趋势[J].护理学杂志,2006,21(7):70-72.
- [8] 汲兰英.临床护理路径在子宫全切术中的应用效果[J].中外健康文摘,2010,7(19):131-132.
- [9] 莫炎,邓嘉,刘彦.临床护理路径在消化性溃疡患者中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2010,26(10):26-27.

(收稿日期:2011-01-08)

护理技术操作准入制度在内镜治疗配合中的初探

李 清,曹 艳,李 平

(第三军医大学大坪医院消化内科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.027

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)14-1415-01

2010 年 5 月本科对具有一定技术难度、一定风险的技术岗位或操作项目的上岗人员进行了资格认定,制订了相关护理技术操作的准入制度、操作流程和评价标准,经过实践效果良好,现报道如下。

1 方 法

1.1 建立相关岗位或操作项目准入制度 根据工作性质,本科首选了无痛胃镜检查配合、内镜黏膜下剥离术、食管静脉曲张硬化及组织胶治疗 4 项技术操作,作为了首批护理技术操作准入的项目。

1.2 在现有技术操作标准的基础上,参考有关文献,制订了这 4 项操作技术的准入制度,其涵盖的内容为:(1)该项技术操作的标准和(或)规范流程;(2)设备使用的规范流程;(3)准入的评价体系(培训要求和考核标准);(4)该项技术操作中可能出现的并发症或风险及防范措施。

1.3 准入条件及培训考核方法

1.3.1 申报准入条件 从事消化科临床护理工作 5 年以上,具有良好的职业道德和责任心。熟悉本专业的基本理论,如上消化道正常的解剖位置及常见狭窄部位等。掌握操作技能,有较丰富的临床工作经验和应急能力。2 年内无严重技术差错,必须经院级质控组和科室质控组考核合格后准入。

1.3.2 护理部和科室按要求或流程培训相关人员。

1.3.3 考核内容及方法 相关岗位或操作项目的操作原理、流程、适应证、禁忌证及注意事项,操作中可能出现的风险(如出血、消化道穿孔及口服利多卡因过敏等)及防范处理措施。

2 结 果

4 项护理技术涉及相关人员 6 人,经过培训及理论、操作考核后,院准入领导小组按标准逐一进行了评价。考评结果:5 人通过并进行了资格认定;对未通过人员继续培训该项技术的操作。通过护理准入制度、流程、评分标准的制订和实施,强化

了本科护理人员的专业技能和安全意识,实施准入制度以来尚未出现因技术操作失误导致的护理纠纷和并发症,使护理质控管理更加规范,提高了护理质量。

3 讨 论

3.1 护理工作是医疗卫生工作的重要组成部分,与人的健康和生命息息相关^[3]。医疗行业由于其职业的特殊性、疾病的复杂性和不可预见性以及医学技术的局限性,风险隐患无处不在,无时不有^[4]。随着护理模式的转变、护理职能的拓展及新业务、新技术的推广应用,护理技术操作的风险越来越大^[5]。各种介入治疗仪、呼吸机、透析机、腔镜、内镜等在临床广泛使用,尤其是侵入性操作本身存在一定风险,如果操作人员未经过严格培训和资格认证,则加大了风险的程度^[6]。

3.2 由于专科护理的深入,护理专科化已成为临床护理实践的策路和方向^[7],专科护士所涉及的领域局限于癌症护理、精神护理、社区护理、老人护理、小儿护理、感染护理、重症护理、家庭护理等^[8],然而,有关护理技术操作的准入制度,尤其是在医院如何实施的有关报道还不多见^[9]。

3.3 为规范卫生技术管理,确保患者安全,卫生部于 2009 年颁布了《医疗技术应用管理办法》,实施医疗卫生技术准入管理制度^[10]。对上述医疗护理操作技术风险防范最有效的措施是系统管理和督查,从源头上降低风险的发生率,即对实施护理技术操作的人员进行资格认定、准入上岗^[11]。但目前有些具有一定技术难度和风险的护理操作技术没有统一的标准或评价体系^[12],即使有上岗证的供应室护士和助产士也并未完善准入流程、考核标准和风险防范措施,上岗或操作人员缺乏系统、严格的操作训练,没有定期的复训和技术准入考核,容易导致标准不规范、技术不稳定,从而加大了操作技术的风险^[13]。目前本院对 ICU 护士进行专科护理准入培训,重庆医科大学儿童医院对 PICU 护士进行准入资格认证,(下转第 1421 页)