

- [4] 徐思琴. 从法律角度分析护理记录缺陷及对策[J]. 南方护理学报, 2002, 8(5): 72-73.
- [5] 曾国琼, 曾丽波, 林文凤, 等. 归档护理病案存在缺陷分析与干预措施[J]. 中国病案, 2006, 7(7): 22-23.
- [6] 赵媚. 护理文书存在的问题与管理措施[J]. 中国卫生质量管理, 2005, 12(4): 34-35.
- [7] 张蓉. 临床护理记录书写缺陷原因调查及对策[J]. 中国临床护理 ·

误诊学杂志, 2009, 9(29): 7303-7304.

- [8] 刘茜. 我院护理表格查评的粗浅体会[J]. 中外健康文摘, 2009, 6(4): 188-189.
- [9] 黄艳琼, 李淑珍, 凌美华. 从我院护理文书书写缺陷中探讨护理记录书写对策[J]. 现代护理, 2009, 7(7): 1396.

(收稿日期: 2010-12-10 修回日期: 2011-04-10)

血液透析患者动静脉内瘘成形术的护理

卢家平

(重庆市巫山县人民医院 404700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.042

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)24-2484-02

慢性肾功能不全尿毒症患者需要依赖长期血液透析来维持生命, 动静脉内瘘是目前国内外血液透析患者的主要血管通路, 具有出血少、易穿刺、流量大、可长期利用等优点, 是血液透析的生命线^[1-4]。患者动静脉内瘘成形术围手术期护理和健康教育对内瘘成形术的成功具有重要意义。现将对 12 例患者的护理特点报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 12 例患者均为慢性肾功能不全尿毒症患者, 男 5 例, 女 7 例, 年龄 42~76 岁, 平均 59 岁。慢性肾小球肾炎 9 例, 高血压肾病 3 例。

1.2 方法

1.2.1 术前护理 有针对性地做好患者的心理护理, 向患者介绍手术的目的、重要性及注意事项, 以解除其紧张的心理、增强患者的信心。保护一侧肢体的静脉, 避免静脉注射或者输液, 保持造瘘侧皮肤的清洁, 勿损伤皮肤, 嘱患者术前将术侧手背清洗干净。

1.2.2 术后观察及护理

1.2.2.1 病情观察 术后 24 h 密切观察内瘘通畅与否, 观察伤口渗液情况、末梢循环温度及毛细血管充盈等情况, 做好生命体征的监测直至平稳。如发现渗血不止或内瘘侧手臂疼痛难忍, 应及时报告医生。注意观察动静脉吻合口血管杂音及震颤, 明显的血管杂音和静脉端血管震颤是内瘘通畅的标志。如触摸不到或听不到杂音, 应查明是否局部敷料过紧, 以致吻合口及静脉侧受压, 并及时通知医生处理。

1.2.2.2 患肢护理 帮助患者将内瘘侧手背抬高至水平以上 30°, 促进静脉回流, 防止术侧手背受压。术后第 1 天, 应用红外线持续照射直至拆线为止。教会患者每天数次触摸动脉震颤情况, 以估计通畅程度, 若有异常, 及时处理。禁止测血压、抽血、输液, 要求患者穿衣袖要宽松, 睡眠时避免压迫造瘘侧。保持内瘘侧手臂敷料清洁、干燥, 防止敷料潮湿, 以免引发感染。

1.2.3 健康教育 患者术后 24 h 后可行局部锻炼, 促进瘘管成熟。方法是: 可做空抓, 手握橡皮握力圈 3~4 次/日, 改善瘘管血流。拆线后, 一手紧握术肢的近心端, 或用止血带轻扎造瘘上方, 使静脉扩张, 但不影响血流, 2~3 次/日, 10~15 min/次, 然后交替握握拳和松拳运动, 把血趋向造瘘处。

1.2.4 内瘘的使用原则 动静脉内瘘一般术后 4~6 周, 待瘘成熟、静脉动脉化, 有明显搏动时应用, 应尽量避免早期使

用, 最好在成形术后 3~4 个月后再使用, 这样可使内瘘的使用期得以大大延长。

1.2.5 常见并发症的防止和护理

1.2.5.1 血栓形成 血栓形成是最常见的并发症, 发生在术后 4~6 周。内瘘建成后, 该侧肢体的静脉应加以保护, 不应再作输液输血用, 以免发生静脉炎乃至血栓。另外, 在睡眠时应防止压迫内瘘侧肢体, 每日监测血压, 防止低血压、血栓形成。

1.2.5.2 出血 术后早期出血以渗血为主, 可见吻合口周围皮下血肿。穿刺和止血时发生出血, 一般可见穿刺点周围皮下血肿, 处理不及时往往可累及整个上臂, 肿胀消退后可见成块瘀斑。手术操作时要正规; 手术结束后要密切观察有无渗血, 确诊无渗血后才可送回病房; 提高穿刺技术, 力争一次穿刺成功; 避免过早使用内瘘, 新建内瘘的穿刺最好由有经验的护士进行; 止血时要注意按压力度, 不轻不重, 以不出血为宜, 并且必须指压; 当患者有出血倾向时, 应根据病情调整肝素用量。

1.2.5.3 血流量不足 当血流量不足时, 可见血管明显塌陷, 患者血管处有触电感, 同时有大量泡沫析出, 静脉滤网忽上忽下, 并伴有静脉压报警。操作时严格执行正确的穿刺技术, 切忌反复定点穿刺; 嘱患者定时锻炼内瘘侧手臂, 使血管扩张; 必要时采取手术扩张。

1.2.5.4 感染 严格执行无菌操作, 防止医源性感染, 做好卫生指导, 嘱患者要保持内瘘侧手臂皮肤清洁干燥。透析前严格消毒穿刺部位。禁止擦洗穿刺点, 避免穿刺点污染。

1.2.5.5 假性动脉瘤 透析时不可在同一点反复穿刺, 动脉端顺穿能有效减少内瘘并发症的发生, 由于血流的冲击作用, 长期逆穿使内瘘血管扩张局限在穿刺点与瘘口之间, 易形成动脉瘤, 动脉瘤内又易形成血栓, 使血流减少和血管闭塞。

2 结 果

通过护理, 12 例患者手术采用端一端、端一侧吻合血管, 及时通畅率达 100%, 皮下能触及血管震颤, 听诊有血管杂音存在, 无血肿及血栓形成, 未发生术后感染, 术后无肢体肿胀, 内瘘成熟时间及血流量均达到预期目标, 手术全部获得成功。

3 讨 论

血液透析是慢性肾功能衰竭最常用、最重要的血液净化技术, 而动静脉内瘘的建立又是血液透析的“生命线”, 内瘘成形术的成功与否与患者的生命息息相关, 对内瘘患者个性化护理, 对手术成功及血透效果起到很好的作用^[5-6]。造瘘侧手臂不能提重物, 同时还要避免意外损伤, 为动静脉造瘘术提供良

好的血管条件,还有利于今后对造瘘口进行保护,延长内瘘的使用寿命。术后要求患者内瘘侧手臂抬高至水平以上 30°,有利于静脉血回流,术后让患者做空抓捏橡皮健身球等,可增加内瘘口血流及血液循环,使其充分扩张与动脉化,加快内瘘成熟时间及重组的血流量。动静脉内瘘是在皮下将动静脉直接吻合,没有皮肤外露部分,可减少感染概率和血栓形成的发生率(每次穿刺后压迫止血)是维持血液透析患者最安全、使用时间最长的血管通路,到目前为止,它仍是不可代替的永久性血管通路^[7-8]。因此加强对患者动静脉内瘘的护理、建立一条稳定可靠的血管通路,是顺利进行血液透析的基本保证,也是提高患者长期生存质量的关键,同时为后期的血液透析做好了准备。

参考文献:

[1] 钱晓宇. 血透患者动静脉瘘的护理要点[J]. 中华护理学杂志, 2006, 3(17): 16-18.

[2] 洪慧萍. 血液透析患者动静脉内瘘重建术的围手术期护理[J]. 实用临床医药杂志, 2009, 5(2): 15-16.
 [3] 姜东升. 前臂腕纹下动静脉内瘘术成功因素分析[J]. 实用临床医药杂志, 2008, 4(11): 31-32.
 [4] 徐洁, 夏颖. 维持性血液透析患者动静脉内瘘的护理[J]. 现代护理, 2006, 12(11): 1017-1018.
 [5] 曹洪梅. 尿毒症患者动静脉内瘘成形术的护理[J]. 贵阳医学院学报, 2009, 6(3): 346-347.
 [6] 邓雪. 血液透析患者动静脉内瘘的护理[J]. 全科护理, 2009, 7(28): 10.
 [7] 温美奕, 周慧. 动静脉内瘘术前后护理体会[J]. 现代临床医学, 2007, 33(4): 305.
 [8] 文与君. 静瘘造瘘护理在血液透析室整体护理中运用[J]. 中华实用护理杂志, 2004, 20(1): 10.

(收稿日期: 2011-01-10 修回日期: 2011-03-18)

• 临床护理 •

网络化 OSCE 在临床护理学课程实践教学中的应用

萧 鸿¹, 张会君², 解杰梅²

(1. 辽宁医学院附属第一医院, 辽宁锦州 121001; 2. 辽宁医学院护理学院, 辽宁锦州 121001)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.043

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)24-2485-02

客观结构化临床考试(objective structured clinical examination, OSCE)由英国 Dundee 大学 Harden 等^[1]于 1975 年率先提出并付诸实践,其基本思想是“以操作为基础的测验”。OSCE 又称为多站式临床考试,它由一系列模拟临床情景的考站组成,受试者在规定时间内依次通过各个考站,对站内的标准化患者(standardized patients, SP)进行检查和/或接受站内考官的提问,提出诊断结果和处理方法,并获得测试成绩^[2]。网络化 OSCE 是拟将各考试站点利用计算机局域网联结起来,利用网络优化各站点,实现考试的统一、高效、有序管理^[3]。课题组根据实验课教学大纲、考试大纲,以病例和局域网为基础,设立 12 个考站两种不同 SP 嵌入的 OSCE 模式,进行临床护理学课程实践教学应用研究。

1 资料与方法

1.1 对象 2006 级 4 个班级 121 名学生,均为本科护理学专业统招招生。使用统一教材授课,均已学习完健康评估、基础护

理学、护理心理学等课程。随机选取 2 个班(61 名)进入实验组,另 2 个班(60 名)进入对照组。两组上学年综合测评成绩比较差异无统计学意义。

1.2 方法

1.2.1 实验课前准备 (1)病例的选取与设计:根据本次实验课选取与设计病例。通过时间发展、病情变化使每个病例都体现护理技能操作、护理程序的应用、小组综合能力、职业态度与评判性思维 4 方面(表 1);(2)实验组 SimMan 综合模拟人系统的病例程序的编制与测试:按教学目标编制病例程序,输入 SimMan 综合模拟人系统(挪威 Laerdal 公司生产)并测试其运行情况;(3)对照组学生标准化患者(student standardized patients, SSP)的准备:选取附属一院本科护理实习生 12 名培训为 SSP,其中 3 名为男护生。根据病例设计反复模拟演练,要求 SSP 具有良好的依从性并在考试过程中尽可能保持稳定性,最终经课题组验收通过。

表 1 以病情变化为主线的网络化 OSCE 考站

项目	编号	考试名称	考站概况	考试时间(min)
护理程序	1	护理问诊考站	考核整体护理及对知识的理解和运用能力。实验组:病史叙述采取多媒体录像与录音相结合的方式,由教师操控 SimMan 综合模拟人表现相应症状与体征对照组:SSP	10
	2	护理体检考站		15
	3	病例资料整理考站		5
	4	护理诊断考站		5
	5	护理计划考站		10
	6	健康教育笔试考站		5
	7	健康教育口试考站		5