

确定为满意,各项目满意度分别为专业知识 97 人(91.5%)、综合素质 93 人(87.8%)、专业技能 93 人(87.8%)、协作能力 90 人(85.1%)、分析解决问题能力 89 人(84%)、评判性思维能力 87 人(82.1%)、沟通能力 84 人(80.2%),见表 2。

表 2 社区卫生服务机构对学生能力考核评价[n(%)]

内容	很好	好	较好	一般	差
专业知识	35(33.0)	52(49.1)	10(9.4)	7(6.6)	2(1.9)
专业技能	23(21.7)	50(47.2)	20(18.9)	6(5.6)	7(6.6)
沟通能力	31(29.2)	41(38.7)	13(12.3)	11(10.4)	10(9.4)
协作能力	31(29.2)	33(31.2)	26(24.5)	10(9.4)	6(5.7)
分析解决问题能力	28(26.4)	51(48.2)	10(9.4)	9(8.5)	8(7.5)
评判性思维能力	26(24.5)	46(43.4)	15(14.2)	12(11.3)	7(6.6)
综合素质	51(48.1)	32(30.3)	10(9.4)	8(7.5)	5(4.7)

3 讨 论

3.1 对接社区护理岗位能力实施教学改革,是培养社区护理人才的迫切需要 在现阶段,培养紧贴社区护理岗位需求的社区护理人员迫在眉睫,这就需要学校与社区卫生服务机构深度合作^[9]。根据社区护理岗位能力要求,改革人才培养模式,改革教学模式,提高专兼职教师队伍的综合素质,建设校内外实践教学基地,改革教学方法与手段,培养满足社区护理岗位所需的素质要求和岗位能力的社区护士。

3.2 学校与社区卫生服务机构深度合作,提高社区护理人才培养质量 社区需要什么样的社区护理人才? 学校培养什么样的社区护理人才? 是学校与社区的共同目标。双方合作实施人才培养,提高了人才培养质量,达到了双赢的效果^[10]。(1)实现了理论教学与实践教学的无缝链接,培养紧贴社区护理工作岗位的技能型护理人才,学生专业知识、综合素质和专业技能、协作能力等满意度较高,均在 85%以上。(2)改革中,专兼职教师互相取长补短,优势互补,既增强了专职师资队伍的实践教学经验,加强了理论教学与实践教学的有效融合,也增强了兼职教师的教学能力及综合素质。(3)共同建设实训基地,资源共享。

• 临床护理 •

腹腔镜辅助经肛门行先天性巨结肠根治术的护理配合和疗效观察

王 颖,陆洁婷,林 蓉,蔡 燕,刘 蓉

(海南省人民医院小儿外科,海口 570311)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.25.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)25-3074-02

先天性巨结肠又称肠管无神经细胞综合征,是小儿外科常见的消化道疾病,此病的根治有赖于手术治疗,术前有效的洗肠是治疗和护理的重点。有关此方面的文献时有报道,但洗肠时间没有统一意见,本科室一直以来对此类患儿术前洗肠至少 14 d,有时甚至长达 1 个月。自 2012 年开始本科室尝试使用

3.3 存在的问题 在根据社区护理岗位能力培养社区护理人才中,虽然本校作了一些探索,从表 1、表 2 可看出,在教学时间安排、课程体系设置等方面还需优化调整;对学生沟通能力、评判性思维能力的培养尚需进一步探索有效的方法和途径;同时由于校内仿真实训环境与社区卫生服务机构真实环境存在差距,情景教学也缺乏真实病例的多样性、多变性及不可预测性,作者将继续探索培养高素质技能型社区护理人才的方法和途径,以适应和满足社区卫生服务人才的需求。

参考文献:

- [1] 周锋. 社区护理现状分析及对社区护理教育的思考[J]. 中外医疗, 2010, 29(3): 140-141.
- [2] 冯正仪. 社区护理[M]. 2 版. 上海: 复旦大学出版社, 2010.
- [3] 尚少梅, 侯淑肖. 我国社区护理学发展的思考与展望[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(9): 855-856.
- [4] 邓静, 周颖清. 重庆市社区护理工作现状调查研究[J]. 重庆医科大学学报, 2008, 33(6): 760-763.
- [5] 李春玉, 李彩福, 李明今, 等. 构建社区护理人才培养模式与课程体系的研究与实践. [J]. 护士进修杂志, 2008, 23(16): 1466-1468.
- [6] 刘素珍, 谢红. 社区护理实践教学的特点与现状分析[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(12): 51-52.
- [7] 左凤林, 刘奉. 某校护理兼职教师现状与思考[J]. 护理学报, 2007, 8(14): 28-29.
- [8] 景霞, 王丽. 改革教学方法, 提高社区护理学教学质量[J]. 家庭护士, 2008, 6(4): 1106-1107.
- [9] 何国平, 袁群, 易巧云, 等. 社区护理教学必须走进社区[J]. 护理研究, 2009, 23(12): 3186-3187.
- [10] 许玉贤. 社区护理实践教学方法探讨[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(17): 2717.

(收稿日期: 2013-03-10 修回日期: 2013-05-22)

改良洗肠方法配合医师在腹腔镜辅助下经肛门行先天性巨结肠根治术取得较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 2~12 月收治并进行手术治疗的先天性巨结肠患者 38 例, 其中, 男 31 例, 女 7 例, 年龄 6 个月至 5

岁,将家属同意使用腹腔镜手术的患儿作为观察组(20 例),采用改良的洗肠方法进行洗肠;不同意使用腹腔镜手术的患儿为对照组(18 例),采用传统的回流结肠灌洗法进行洗肠。

1.2 方法

1.2.1 传统洗肠方法(回流结肠灌洗) 患儿取截石位躺在妇科检查床上,两腿分开放在脚支架上,年幼患儿由家属扶住双脚,身下垫一次性中单,臀下垫尿布垫,按 200 mL/kg^[2] 将生理盐水加热至 38~40 ℃,根据患儿年龄选择合适的肛管,用石蜡充分润滑肛管后进行插管,插管困难时可采用边注入生理盐水边插管的方法,当肛管通过狭窄段后采用洗疮器吸生理盐水接肛管进行洗肠,每次注入生理盐水 30~60 mL 后再吸出,同时由助手或家属按摩腹部,如此反复灌洗至洗出液变清为止,每天洗肠 2 次,每次 30~50 min,洗肠 14~20 d,对确诊为长段型巨结肠且洗肠时插管困难的患儿才采用保留肛管的方法进行洗肠。患儿一般情况好转,无呼吸道感染的情况下安排手术,术前 3 d 口服抗生素,术前 1 d 禁食。

1.2.2 改良洗肠方法 在传统洗肠方法的基础上,对难插管或洗肠后反复腹胀的患儿选用合适胃管或吸痰管作为洗肠管,配备 0.9% 温生理盐水(温度 38~40 ℃)及性能良好的洗疮器。操作时最少由 2 名护士配合,将适宜洗肠管充分润滑,经肛门注入 10 mL 石蜡油,操作者先行扩肛或肛检后开始操作,当洗肠管向直肠内插入有阻力时,不宜强行插入洗肠管,此时采用冲洗器经肛管注入温生理盐水,边注水边插入洗肠管,若仍有阻力时,可改变患儿体位后再边注生理盐水边插入。当肛管插入时注入生理盐水顺利或突然之间有粪便及气体流出,证明插管初步成功。此时应继续插入洗肠管 3~5 cm 再开始行结肠灌洗,用冲洗器注入温生理盐水 50~100 mL 后反折肛管用手顺时针按摩腹部 1~2 min 后再开放肛管,利于大便软化后排出,但注入灌肠液时忌按摩腹部^[3]。洗肠过程中注意记录出入量及观察肛管是否有出血情况,如发现肛管有血性液流出或患儿突发尖锐性哭闹,立即停止操作并报告医师处理。洗肠满意后,将洗肠管用胶布固定于肛门处并接引流袋,保留 3~5 d,下次洗肠时取下引流袋,注入石蜡油 20 mL 充分润滑肛管后继续洗肠,手术当日洗肠至洗出液呈清水样,腹部呈舟状腹时继续保留肛管接引流袋带入手术室。

1.3 灌肠效果评价 肠道清洁度标准分为优、良、差 3 级。以术中可见判断清洁度。优:肠道内黏膜清晰无粪水;良:肠道内黏膜清晰有少量粪水;差:肠道内有少量成型粪便^[4]。术中灌肠效果评价标准:按双盲法于术中按标准对洗肠效果进行评价。优:无肠腔残余粪便;肠壁红润、无水肿;扩张段明显缩小;无肠腔残余灌肠量。良:肠腔残余少量粪便;肠壁红润、轻度水肿;扩张段缩小;肠腔残余灌肠量小于 50 mL。差:肠腔残余大量粪便;肠壁苍白、水肿明显;扩张段缩小不明显;肠腔残余灌肠量大于 50 mL。

2 结 果

2.1 洗肠时间、住院天数 见表 1。

表 1 两组患儿术前灌肠时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	术前灌肠时间	住院时间
对照组	18	16.1 ± 2.0	25.30 ± 1.49
观察组	20	8.4 ± 1.1	16.40 ± 2.74

续表 1 两组患儿术前灌肠时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	术前灌肠时间	住院时间
t		14.93	12.21
P		<0.05	<0.05

2.2 洗肠效果 见表 2。

表 2 术中两组患儿灌肠效果评价(n)

组别	n	优	良	差
对照组	18	8	6	4
观察组	20	11	9	0

2.3 肠炎、肠粘连、吻合口漏发生情况 见表 3。

表 3 两组患儿术后并发症发生例数比较(n)

组别	肠炎	肠粘连	吻合口漏	合计	无并发症	χ^2	P
对照组	2	3	1	6	12	5.061	<0.05
观察组	0	0	1	1	10		

3 讨 论

3.1 先天性巨结肠是小儿外科常见的消化道发育畸形,此病的根治有赖于手术。术前有效的洗肠是减少术后并发症,提高治愈率的关键。回流结肠灌洗是目前公认的有效方法,但洗肠时间长短没有统一意见^[4]。夏顺珍等^[5]报道术前洗肠 7~10 d;黄锦连等^[6]报道术前洗肠 14 d,这与本科室洗肠时间基本相符。但长时间的肠道准备增加了护士的工作量,且仍有医师反馈洗肠效果欠佳,术中偶有大便残留及积液较多。同时长时间的肠道准备容易使患儿家庭并发呼吸道感染,影响手术顺利进行,既增加了患儿的经济负担,也影响了科室病床的周转率。本科室自 2012 年开始缩短术前洗肠时间,同时对难插管和洗肠后反复腹胀的患儿改变洗肠方法,配合医师新开展的腹腔镜辅助经肛门行先天性巨结肠根治术并与对照组进行比较,改良洗肠方法可以缩短洗肠时间,减少护理工作量,同时在洗肠效果和术后并发症上明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.2 本科室自 2002 年开始对长段型先天性巨结肠患儿使用保留肛管的方法进行洗肠,减少了护理工作量,避免了患儿行肠造瘘的痛苦,减轻了家长的心理负担^[7],但洗肠时间没有改变。在临床实践中往往不是长段型的先天性巨结肠也容易出现插管困难或洗肠后仍有反复腹胀的情况发生,引起洗肠效果欠佳,影响手术顺利进行和术后的恢复。反复插管增加了护理工作量和患儿的痛苦,而保留肛管可以明显减轻患儿反复腹胀,缩短洗肠时间,利于扩张肠管的恢复,通过对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.3 临床实践中,保留肛管最大的障碍来自家长,家长觉得难以照顾且不利于小儿的活动,经过医务人员的耐心宣教和让家属把保留肛管和不保留肛管的洗肠效果进行对比,家长一般都能接受。且妥善固定肛管后患儿也能下床活动,一般不影响患儿的正常活动。

3.4 一直以来,本科室手术当日早晨的洗肠都没有明确规定洗肠液的量,一般都是洗肠至洗出液无粪渣、接近清水、腹部呈舟状腹为止,医师反馈肠道里经常有积水和粪渣存留,经手术当日早晨洗肠结束后保留肛管接引流袋引流后,术中肠管积水和粪渣存留明显减少($P < 0.05$)。 (下转第 3077 页)

从调查的 3 个方面来看:掌握社区护理的理论与方法只占 32.4%;掌握不同人群的社区护理知识和技能只占 40.7%;掌握其他社区护理知识与技能只占 46.4%。掌握的情况不足一半。而部分掌握的分别占 57.5%、54.4%、50.4%;完全没有掌握的占 10.1%、4.9%、3.2%。充分反映当前农村社区护士对社区卫生知识和技能的掌握情况还存在着较大的差距。

2.3 社区护士整体工作知识和技能存在明显的不适应。从社区卫生服务的 6 个工作范围^[1]、3 个部分和 3 个维度进行调查。其中,未掌握的情况是:预防为 25.5%、治疗为 28.4%、保健为 22.8%、康复为 25.2%、健康教育为 24.9%、计划生育为 22%。有 25% 的护理工作者对社区护士工作的基本知识和基本技能还没有掌握。其中,对治疗未掌握的达到 28.4%,居于未掌握的几项之首;其次为康复和预防知识和技能。反映了当前社区护士在知识和技能方面离社区护士的岗位要求还存在着较大的差距。

3 讨 论

3.1 农村社区卫生服务机构建设滞后,导致社区护士角色转变困难。根据中国实际国情,卫生部等 7 部委在《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》(卫基妇发[1999]第 326 号)中指出:“社区卫生服务中心和社区卫生服务站,应当根据当地规划和群众需求设置。可由基层医院(卫生院)或其他基层医疗卫生机构改造而成”。目前,农村社区卫生服务机构一般是建立在乡镇中心卫生院,社区卫生服务方式还没有脱离医疗机构的运行模式,社区护士基本上是由临床护士转岗或临床护士兼职,社区护士职能和角色没有真正转变,职责缺乏功能化的区分。而中国对社区护士有特定要求,她们必须具有:国家护士执业资格并经注册;通过地市卫生行政部门规定的社区护士岗位培训;独立从事家庭访视护理工作的社区护士,还应该具有医疗机构从事临床护理工作 5 年以上的工作经验^[2]。因此,要加大推进社区护士岗位培训力度,落实岗位资格考核制度,促进农村社区护士实现角色全面转变。

3.2 强化社区服务理念和知识技能宽度的拓展。社区护理是将公共卫生学与护理学有效地结合在一起,既强调疾病的预防,又强调疾病的护理,最终达到促进健康、维护健康的目的^[3]。因此,社区护理既具有公共卫生学的某些特点,又具有护理学的某些特点,与公共卫生学和护理学相比较,社区护理

更突出:以促进和维护健康为中心;面向整个社区人群;社区护士具有高度的自主性;社区护士必须和其他相关人员密切合作^[1]。社区护士不仅需要熟练掌握临床护理各项基本知识和技能,还需掌握社会医学、老年医学、流行病学、卫生统计学、医学人文学等诸多学科的相关知识和能力^[4],要采取多种形式的培训和实践,强化社区服务理念,拓展知识技能宽度,适应社区卫生服务工作的发展需要。

3.3 加大社区护士岗位培训力度和资格认证。对已经从事社区卫生服务工作的护士,或者由其他医疗机构转入社区开展社区卫生服务工作的有关专业人员,要采取脱产或半脱产的方式进行符合社区卫生服务要求的岗位培训。培训结束后,由省级卫生、中医药行政部门统一组织考试考核,并与岗位聘用相结合,达到相应的岗位执业要求,颁发岗位合格证书。

3.4 进一步改进学历教育社区护理专业的课程模式。美国护理协会定义社区护理为结合护理及公共卫生的实践,以促进和维护社区人群健康的一门综合学科^[5]。作为一门综合性的专业建设,特别是高等学校要充分发挥学科建设和人才培养方面的优势,在护理学本、专科专业教育中要开设社区护理学课程。同时,要加强社区护理教材建设,在知识和技能培养中增加社区护理服务的实践环节,增强社会学、伦理学、人文学科的内容,提高社区护理方向学生的知识范围和综合能力,不断适应社区卫生服务工作发展对护理人才质量的需求。

参考文献:

- [1] 华医医学教育中心. 社区护士岗位培训讲义[M]. 天津:天津科技出版社,2010:1-5.
- [2] 巩玉秀,郑秀霞,姚岚. 社区护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:28-29.
- [3] 李春玉. 社区护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:6.
- [4] 王菊吾. 社区护理知识与技能[M]. 杭州:浙江大学出版社,2003:78.
- [5] 周建军,张大凯. 社区卫生服务[M]. 北京:高等教育出版社,2013:5.

(收稿日期:2013-04-01 修回日期:2013-05-14)

(上接第 3075 页)

参考文献:

- [1] 余爱珍. 基础护理学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1985:138-143.
- [2] 王佚,胡丽君. 两种回流灌肠法治疗先天性巨结肠的对比研究[J]. 重庆医科大学学报,2009,34(10):1437-1440.
- [3] 谢萍. 小儿先天性巨结肠围手术期护理及术前回流灌洗重要作用探讨[J]. 新疆医学,2011,41(10):38-39.
- [4] 李晓凤. 先天性巨结肠术前灌肠方法的探讨[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2009,30(23):3014.

- [5] 夏顺珍. 先天性巨结肠根治术围术期护理[J]. 实用临床医药杂志,2012,16(6):73-74.
- [6] 黄锦连. 先天性巨结肠经肛门拖出术围术期护理[J]. 右江医学,2011,39(4):528-529.
- [7] 王颖. 小儿长段型先天性巨结肠术前洗肠的护理改进[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(6):25.

(收稿日期:2013-03-21 修回日期:2013-06-27)