

1.3 效果观察 以不计名的调查问卷,分别随机发给实施弹性排班前(2005年9月)、后(2006年9月)的病人、护理人员、医生。主要内容为:病人对护士的服务质量、态度的满意度;护理人员对工作时间、强度、压力的接受程度满意度;医生对护理人员的人力资源调配、工作运转、服务质量的满意度。比较2005年1~9月和2006年1~9月的血透人次。

2 结果

弹性排班前血透1328人次,弹性排班血透1885次。满意度:弹性排班前病人为90.1%(255/283),护理人员75.0%(12/16),医生60.0%(6/10);实行弹性排班后分别为98.0%(298/302)、91.75%(11/12)、88.9%(8/9),实行弹性排班后病人、护士、医生的满意度均有明显的提高。

3 讨论

弹性排班是科学化管理的一种尝试,是一种合理安排人力资源、提高工作效率较满意的方法^[1]。排班模式的改革是以适应病人需要为目的,护理管理者的任务就是搞好各种协调,创造和保持一种良好环境,使组织成员能充分发挥聪明才智,用尽可能少的投入实现预期目标^[2]。我院实行人事制度改革后,护理人员减少。我们在护理人员相对不足的情况下,固定2名护士在血透室上班,另2名则进行弹性排班,可以帮助血透室做部分工作,减轻血透室护士长期处在高工作压力环境中所造成的身体和心理压力,真正遵循了“以人为本”的原则,充分调动了护理人员的主观能动性^[3]。既营造愉快的工作氛围,又提高护士对工作的满意度,稳定了护理队伍,做到合理利用人力资源,提高工作效率,降低护理成本,保证护

理质量,切实满足患者的需要。

如果安排3名血透护士固定在血透室上班,则病区护士只有6名护士倒夜班,夜班过密,压力过大,长期循环,不利于年龄大的护士的体力恢复。实行弹性排班,一方面保证了科室护理人力的需要,同时也使护士在弹性休息时间内得到了身体的休整,不致于持续加班导致疲劳和紧张,满足了护士和患者多方面的要求。

医院管理层在不增加人力的情况下,实施弹性排班后,解决了人力紧缺,血透工作量大,能较好体现以人为本的原则,既保质、保量地完成血透护理工作,又使患者得到了优质的服务,同时进行血透治疗的例数明显增加,提高了医院的社会效益和经济效益。

存在的不足与改进:在病区上班的2名血透护士所分管病人的健康教育不能按时完成,病人几天才能见到责任护士,不利于护患交流。改进措施:护士长在进行排班时,对上弹性排班护士所分管的病人,用铅笔写病人床号在上白班护士的名字旁,让其临时当他们的责任护士,并在晨会后集体床头交接班时介绍给病人,使病人了解到有事好找责任护士处理。

参 考 文 献

- [1] 毛晓萍. 弹性排班在手术室的应用[J]. 护理学杂志, 2004, 19(6):49.
- [2] 向 晶, 吴明歌, 马志芳. 血液净化中心护理人力资源的合理安排[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(7):549-551.
- [3] 王力群. 弹性排班与人力资源在中心 ICU 中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(8):71.

(收稿日期:2007-05-21 修回日期:2007-06-20)

老年胆道疾病患者围手术期的护理

张文媛

(广西合浦县人民医院外科, 合浦县 531600)

【关键词】 胆道疾病; 围手术期; 护理; 老年人

【中图分类号】 R 575.6, R 47 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)08-1307-02

胆道疾病是我国常见病、多发病,60岁以上老年人群中胆石病的发病率高达30%以上,并且随着年龄的增长而有增加的趋势^[1],老年患者一般情况和营养状况较差,起病急,并发症多,对手术的耐受性降低,因而增加了治疗和护理的复杂性和难度,故做好老年胆道疾病围手术期护理,对减少术后并发症,提高手术成功率具有重要意义。我院2004年1月至2006年12月对60岁以上患者施行胆道手术共69例,取得了较满意的效果,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

69例患者中男33例,女36例;年龄60~92岁,平均72.5岁;围手术期住院天数12~36d,平均18.5d。术前胆道感染

并中毒性休克6例,慢性支气管炎、肺气肿病史2例,肺部感染9例,高血压3例,低蛋白血症13例,心肺功能不全5例。术式:行胆囊切除术19例,胆囊切除+胆总管探查+T管引流术28例,胆总管空肠 Roux-Y 吻合术5例,胆总管切开取石术+腹腔引流术17例。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理:老年胆道疾病患者由于病程迁延,长期受疾病折磨,多数病人对手术存在忧虑和恐惧,有的甚至对治疗丧失信心,护理人员应以积极的语言、温和的态度感染患者,耐心倾听病人及家属的诉说,具体情况应给予详细解释,举例

说明手术的安全性、重要性和手术效果,或让同病种恢复期患者作现身说法,以树立战胜疾病的信心,并积极配合治疗和护理。

2.1.2 了解病人整体情况:老年患者起病急骤,病情变化快,生理机能低下,对痛觉及炎症的应激反应迟钝,多数患者的临床表现与实际病情不尽相符,伴发病多,无论是急诊手术或择期手术,对病人的全身情况都应作全面的了解,以调整水电解质和酸碱平衡紊乱,控制血糖,改善营养状况及纠正低蛋白血症。本组6例患者入院时全身黄染较明显、腹痛,但腹部体征不明显,我们在治疗和护理过程中发现病人有血压逐渐下降的趋势,高热不退,及时报告医生诊断为胆道感染并中毒性休克,遵医嘱迅速建立两条以上的静脉通道,在短时间内输入足量的液体,补充血容量,改善微循环,吸氧,在积极抗感染、抗休克的同时,及时做好术前准备作急诊手术解除梗阻。由于观察抢救及时,6例患者均治愈出院。

2.1.3 做好相关知识宣教与指导:入院时热情接待病人,并协助病人做好术前的相关检查和重要脏器功能检查。对有吸烟史者督促其戒烟,注意保暖,防止呼吸道感染,向患者及家属说明术后需要留置的管道及护理要点,如留置胃管、尿管、T管等,解释备皮、皮试和禁食的目的,指导患者进行床上大小便的适应性训练和进行深呼吸及有效咳嗽的方法,以减少术后并发症,提高对手术的耐受性。

2.2 术后护理

2.2.1 严密监测各项生命体征:术后心电监护,严密观察心率、血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度的动态变化,血氧饱和度应维持在95%以上,同时观察神志和尿量的变化,尿量<30 ml/h立即报告医生及时处理,认真做好记录,并注意观察病人腹部体征。

2.2.2 促进恢复胃肠功能:老年人腹部手术后肠蠕动恢复较慢,多数在术后3~5 d恢复,术后6 h血压平稳后给患者取半卧位及指导床上活动,24 h后下床活动^[2]。禁食期间,除注意患者腹部情况外,还注意观察病人有无低血钾等电解质紊乱现象,如发现异常及时报告医生。对腹胀病人可进行肛管排气和使用改良开塞露肛注法以减轻病人腹胀,促进肠蠕动恢复。肛门排气后指导病人进食,可从高热量、高维生素流质饮食开始,逐渐过度到半流质、普食。老年人由于消化功能差,应少量多餐,忌进高脂肪、高胆固醇食物。注意观察病人的食欲情况,进食后有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等。本组有26例病人进食后上腹部闷胀不适,部分病人食欲不振,给予健脾合剂口服并调整饮食后症状消失。

2.2.3 引流管的观察及护理:胆道手术后根据术式不同常放置有胃肠减压管、腹腔引流管、胆囊造瘘管、T型管和导尿管等,因此腹部切口处各引流管应标志明确,用胶布写明名称后贴于引流管上,便于观察和记录各管引流液颜色和量、各管道应妥善合理固定,在改变体位时注意引流管的水平高度不要超过腹部切口的高度,以免引流液返流。每天更换引流袋,严格无菌操作,防止引流管撕脱、移位、受压。(1)胃肠减压管:保持有效的胃肠减压能减轻胃肠道张力,防止呕吐物和吻合口瘘的发生,胃肠减压管在术后2~3 d、肛门排气后可拔除。

(2)腹腔引流管:术后24~48 h无异常可拔除,但为了防止胆瘘的发生可放置5~7 d,无液体引出后拔管。(3)T型管用于胆总管和肝胆管的探查手术,起减压和支撑作用,是预防胆道梗阻和急性胆道感染的保证,又是进行胆道造影和治疗胆道残余结石的主要途径,是胆道手术的护理重点:①妥善固定。②保持T型管引流通畅,观察记录引流液的颜色、性质和量,正常胆汁金黄色或黄绿色,清亮无沉渣,每天约500~1 000 ml。若胆汁为血性,提示胆道出血;若胆汁变绿,提示胆道感染;若胆汁突然减少,注意检查是否有引流管堵塞(本组有2例病人在更换引流袋后6 h无胆汁引出,经检查为引流管堵塞,挤压引流管和用生理盐水低压冲洗后引流通畅);若胆汁引流量每天大于1 000 ml,则提示肝功能异常且有水电解质失衡的可能,应报告医生及时处理。③掌握拔管指征:置管时间为2~3周,夹管2~3 d后病人体温正常、黄疸消退、无腹痛、大便颜色正常,胆汁引流量逐渐减少,颜色呈透明金黄色,T型管造影示胆肠吻合口通畅即可拔管,拔管后注意观察有无胆汁外漏、腹膜炎等。

2.2.4 并发症的预防及护理:(1)肺部感染的护理。肺部感染是老年患者腹部手术后最常见的并发症,轻者增加患者痛苦,延长住院时间,重者则引起严重呼吸功能不全及其他并发症。本组有9例病人并发肺部感染,术后肺部感染的发生与多种因素有关,老年人体质虚弱、慢性支气管炎、吸烟史、术中气管插管、腹部手术对老年人呼吸运动产生影响如腹胀、疼痛等^[3],故术后应注意为患者保暖,防止受凉感冒,加强呼吸道管理,保持呼吸道通畅,鼓励和引导病人咳嗽、深呼吸及早期下床活动,协助病人翻身叩背,以利消除呼吸道分泌物,痰液粘稠不易咳出者给超声雾化吸入,及时解除病人腹胀、疼痛,并按医嘱准确、及时、合理应用抗生素,经过治疗和护理9例病人全部治愈。(2)低蛋白血症和低血钾症病人的护理。老年人全身代谢能力弱,对手术的耐受力较差,本组病人有13例病人存在不同程度的低蛋白血症和低血钾症,针对病人早期出现的低血钾症,我们常于术后第二天即开始补钾,一般尿量在800 ml以上补钾2~3 g/d,以后再根据病人的电解质检测结果及进食情况调整补钾量,针对低蛋白血症给予均衡的营养支持,适当补充白蛋白,加强营养,以纠正低蛋白血症。

2.3 基础护理 由于老年人皮肤、黏膜屏障防御功能减弱,自理能力有限,应做好基础护理和生活护理。禁食期间口腔护理每天2次,留置尿管者会阴护理每天2次,每日更换引流袋。注意无菌操作,保持床单清洁、干燥,观察病人局部皮肤受压情况,及时翻身按摩预防褥疮的发生。

参 考 文 献

- [1] 程建华. 老年人围手术期处理[M]. 贵阳: 贵阳科技出版社, 1997: 178-188.
- [2] 赵淑坤. 老年患者腹腔镜胆囊切除术围手术期的护理[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2003, 17(4): 336-337.
- [3] 刘习红, 李胜新, 李慧诚, 等. 老年急腹症患者围手术期呼吸运动的变化[J]. 广东医学, 2001, 22(3): 222-223.

(收稿日期:2007-03-14 修回日期:2007-04-27)