

静脉拔针法的循证观察

黄秀萍

(江西省人民医院 南昌 330006)

关键词: 静脉拔针; 静脉出血; 循证观察

中图分类号: R 473.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0088-02

循证护理作为一种新临床护理方法,将是本世纪护理发展的方向^[1],循证护理又称为“以实据为基础的护理”。静脉输液后拔针是一项经常性的工作,液体输注完后传统的拔针法在基础护理教科书上描述:输液完毕,拧紧调节器,迅速拔针;改良法则要求在不关闭调节阀的情况下,先返折针前一小段输液管,尔后快速拔出。传统法易引起静脉回血,继而导致静脉出血。我们对骨科 36 例患者实施循证观察,结果证明改良法能有效预防患者静脉出血。

1 对象与方法

1.1 对象 于 2009 年 3 月份对骨科 36 例接受静脉输液住院患者行临床观察,患者均病情稳定,无凝血功能障碍,静脉穿刺部位皆为手背。

1.2 方法 采用自身对照法,事先并未告知患者,每例患者前后治疗相同,输液器相同,静脉穿刺部位均为手背,拔针后处理方法相同,两种方法由笔

者和本科室护士共同执行。传统拔针法按教科书^[2]方法操作。改良法:输液毕,先不夹闭输液调节阀,撤除胶贴后拇指和食指返折针前一小段输液管,拔针的手快速拔出,另外的手顺势用棉签按压穿刺点上片刻即可。

1.3 统计方法 数据处理采用 χ^2 检验。

2 结果

两种静脉拔针法致患者静脉出血的比较见表 1。运用传统法与改良法对 36 例住院患者行静脉拔针引起的出血率分别为 69.44%、25.00%,两种方法对预防患者静脉出血的比较差异有显著性意义($\chi^2=14.27, P<0.01$),改良法在预防静脉拔针出血上优于传统法。

方法	n	出血	未出血	出血率(%)
传统法	36	25	11	69.44
改良法	36	9	27	25.00
合计		34	38	47.22

观制度,限制非手术人员进出手术室,控制手术室内人员流动。定期做空气细菌培养,以检测灭菌消毒效果,及时发现问题及时纠正。

2.2 创造舒适安全手术环境,加强心理疏导亲情护理 (1)注意保持地面干燥、防滑跌倒。(2)对视力差、高龄和行走不便的患者予以扶助轮椅或车床送至手术室床旁,协助躺下后固定好双上肢,必要时使用约束带,注意松紧合适。(3)心理护理、心理疏导:以亲切的语言、和蔼的态度安慰、鼓励患者,以消除其对手术室陌生环境及对手术害怕所产生的紧张、恐惧心理。对局麻患者简单介绍手术过程、术中配合注意事项,嘱其术中尽量保持头部不动,不能咳嗽,教会他抑制咳嗽的方法。若实在忍不住时用语言交流暂停手术操作,以免出现意外。使患者保持良好的心理状态配合手术。(4)对于术中坐起观察眼位的患者,指导其扶住床沿,保护其端坐不后仰,防止坠床。(5)手术结束时不要急速将病人扶起,以免发生体位性低血压。特别老年患者,要先将其扶起半卧位,继而坐位,无不适感后才下床扶走。

2.3 学习法律、法规,加强护理安全与法制知识教育 护士除按常规搞好本职工作外,还要加强法律

知识学习。在维护好患者的权利时,也要学会用法律自我约束、自我保护。(1)在眼科手术室,病人处在清醒状态下接受手术的特定场合中,应注意自己的一言一行,不谈论与手术无关的事情,不当场评论手术过程。把法律作为工作责任、个人权利、义务、自由的价值尺度^[6],确保患者安全。(2)入手术室应先关闭个人通信工具,以避免造成医疗纠纷。

2.4 抓好护理安全监控工作,加强护理质量管理 护理部、科领导定期组织召开护理安全讨论会,落实手术室护理安全管理制度,对存在的安全隐患及护理缺陷进行整理、分析,制定相应护理安全制度及操作流程,监控这些制度和流程的落实情况。保证护理安全,提高护理质量,增加患者对医院的信任。

参考文献

[1]唐秀花,张军红.影响护理安全的隐患及对策[J].解放军杂志,2005,22(3):69

[2]潘绍山,孙方敏,黄始振.现代护理管理[M].北京:科学技术文献出版社,2001.349

[3]周敏,孙剑.眼科围手术期患者的心理问题及影响[J].临床眼科杂志,2006,14(6):523-524

[4]殷磊.老年护理学[M].北京:人民卫生出版社,2001.22-24

[5]杨远霞,陈红斌,苏丽金.小儿眼科手术不同全麻方式复苏期限并发症的比较[J].护士杂志,2005,9(20):834-835

[6]守玉梅.手术室护理中存在的法律法规问题及安全护理对策[J].医学与实践,2003,9(6):1200

(收稿日期: 2008-12-23)

妊娠恶阻的辨证施护

万筱婷

(江西省樟树市人民医院 樟树 331200)

关键词:妊娠恶阻;护理;辨证施护

中图分类号:R 473.71

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0089-01

妊娠早期出现严重的恶心呕吐、头晕厌食,甚则食入即吐者,称为“妊娠恶阻”。现代医学认为本病的发生与血中绒毛膜促性腺激素水平急剧上升及植物神经系统功能紊乱有关,一般出现在妊娠前三个月,中医学则认为这是“冲气上逆、胃失和降”所致。如果症状较轻,只有恶心,偶有少量呕吐、轻微头晕等,不需住院治疗,只要适当改善一下居住环境,保持通风、安静、舒适,避免一些不良异味刺激,调整好自己的情绪,注意饮食,避免过油、过腻、味道过腥等食品,症状可自行改善或消失,无需药物治疗。笔者在此主要探讨恶心、呕吐等症状较严重需住院治疗的妊娠恶阻,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院妇科自 2006 年元月~2008 年 12 月三年间共收治妊娠恶阻患者 106 例,年龄 21~32 岁;其中脾胃气虚型 81 例,占 76.4%,肝胆燥热型 12 例,占 11.3%,痰凝气滞型 13 例,占 12.3%;妊娠时间 30~45d;住院时间 11~28d。患者在基本用药的基础上进行临床辨证施护,结果治愈(恶心、呕吐等主要症状基本消失)92 例,占 86.8%,好转(症状减轻)9 例,占 8.5%,无效(自行中止治疗或症状无改变)5 例,占 4.7%,总有效率为 95.3%。

1.2 辨证施护

1.2.1 脾胃气虚型 主要临床表现有:恶心呕吐,甚至食入即吐,呕吐物多为清水,不思饮食,头晕体倦,嗜睡,舌淡,苔白,脉缓滑无力。治疗除支持疗法外,可采取中医健脾和胃、降气止呕之香砂养胃丸加味。辨证施护在强调情志护理、调节饮食的基础上,可指导病人多吃生姜片及甘甜饮食如红枣、糖

水等,用薏仁煎粥少量多餐,并保持胃脘温暖,有利于减轻恶心呕吐的症状。

1.2.2 肝胆燥热型 临床表现主要是妊娠早期呕吐酸水或黄绿色苦水,头晕目眩,口苦咽干,渴喜冷饮,舌红,苔黄燥,脉弦滑。中医治疗予疏肝利胆、清热润燥之中药一贯煎合柴胡疏肝散加减,如呕吐甚可配合西医支持疗法。辨证施护以情感护理为主,尽量使孕妇保持精神上的安定愉快,饮食以清淡、易消化食物如稀饭、面条、百合粉、藕粉等为主,并配合各种带凉性的新鲜蔬菜、果汁。

1.2.3 痰凝气滞型 此型主要是一些肥胖的孕妇,临床表现是妊娠早期恶心呕吐,呕吐痰涎,不思饮食,心悸气短,头晕目眩,舌胖,有齿印,苔白带腻,脉滑。中医治疗予化痰除湿、行气止呕之二陈汤加味。辨证施护除调理情绪外,可适当指导病人加强运动,饮食可食些辛温化湿之品如干姜、萝卜干、柚子皮,既可抑制胃气上逆,又可运脾理气化湿,也可用绿豆、扁豆、薏仁、生姜片煎汤代茶饮。

2 讨论

妊娠恶阻,中医又称“子病”、“阻病”、“病儿”,由于妊娠后情志变化,气血失和,导致脾胃升降失调,胃气上逆,所以妊娠恶阻强调情志饮食护理,根据病人的身体和临床表现症状的不同,利用中医理论进行辨证,在强调情志护理的同时,根据饮食不同属性,加强饮食护理,同时还要通过心理护理,加强与病人沟通来培养病人积极的思维方式和乐观主义精神,使其能够积极配合治疗,平稳渡过妊娠前三个月的恶阻期,以达到治疗目的。

(收稿日期:2009-05-08)

3 讨论

静脉输液技术是利用大气压和液体静压形成的输液系统内压高于人体静脉压的原理,将液体输入人体内^[1],一般情况下若液体滴完,输液系统内压小于人体静脉压,静脉血就会回流至管内,也就是我们常说的静脉回血。改良法与传统法最大的不同就在于它有效地缩短了让静脉有回血机会的时间,因为它直接在针头处返折输液管,拔出针头,不需要像传统法先关闭调节阀再垂下身来操作,而且操作简便、易掌握,不多花费任何材料,又能有效地防

止回血污染被褥和地面^[2],减少对病人身心的损伤,维护良好的护患关系,增加患者对护士的信任感,提高患者对护士工作的满意度。

参考文献

- [1]毛美琪,张红星,徐明珍.对护生循证护理学习现状的调查分析[J].中华临床护理学杂志,2004,2(26):2729
- [2]姜安丽,石琴.新编护理学基础[M].北京:高等教育出版社,2001.405,408
- [3]针秀英.静脉拔针后局部淤血原因分析和预防方法探讨[J].中国校医,2001,15(6):457

(收稿日期:2009-04-24)