

表 5 两组患者 NHP-QOL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	睡眠		情感		疼痛	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
个性化护理组	65	9.3±2.1	6.7±1.6 Δ ▲	3.9±0.6	2.3±0.3 Δ ▲	2.8±0.4	1.9±0.4 Δ ▲
常规护理组	63	9.2±2.7	8.0±4.6	3.8±0.5	3.1±0.7 Δ	2.7±0.3	2.5±0.8
t		0.234	-2.148	1.023	-8.287	1.596	-5.392

注:与同组干预前比较, $\Delta P<0.05$;与常规护理组干预后比较, ▲ $P<0.05$ 。

续表 5 两组患者 NHP-QOL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	精力		社会活动		身体活动	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
个性化护理组	65	7.6±1.4	5.1±1.2 Δ ▲	2.1±0.4	1.3±0.4 Δ ▲	2.5±0.5	1.4±0.6 Δ ▲
常规护理组	63	7.8±1.3	7.2±1.6 Δ	2.2±0.3	1.9±0.5 Δ	2.6±0.4	2.1±0.5 Δ
t		-0.837	-2.806	-1.596	-3.754	-1.247	0.306

注:与同组干预前比较, $\Delta P<0.05$;与常规护理组干预后比较, ▲ $P<0.05$ 。

3 讨 论

白内障作为世界主要致盲眼病之一,备受世界瞩目。其中年龄相关性白内障较为常见,经检查,60 岁以上的老年人中 96% 出现晶状体不同程度不同形式的浑浊^[7]。年龄相关性白内障病因较为复杂,目前尚无统一定论,概括起来主要包括以下几个方面^[8]:(1)生理性老化;(2)营养不良;(3)辐射损伤;(4)全身代谢及内分泌紊乱;(5)遗传基因等因素都是可能导致年龄相关性白内障发生的诱因。从以上致病因素中不难看出年龄相关性白内障的必然性,而我国人口基数大,老龄化进程不断加速,越来越多的老年人群面临这个疾病,也可以说大多数的人面临着失明的危险。目前年龄相关性白内障无特效药物,手术摘除浑浊晶状体植入人工晶体可以解决这个问题,虽然该手术技术已经成熟,但是高昂的手术费用及手术技术本身具有难度,像我国这种还不发达、人均资源分配不充分的国度仍得不到广泛普及。中医在治疗年龄相关性白内障时有自己的理论基础和多年丰富的临床经验,在缓解和治疗方面均有着一定的优势,因此临床上多数患者在放弃手术治疗的同时多选择中西医结合治疗^[9]。而这种治疗多数是需要长期坚持以缓解病情恶化,对于此类患者合理的护理配合就会凸显出它的临床价值。有研究报道,临床护理路径大大提高了年龄相关的白内障患者对疾病相关知识的掌握程度,同时提高了护士工作效率和患者满意度^[10]。因此院方大力开展针对此类患者的个性化护理,以配合治疗的开展,提高患者的治疗依从性。

3.1 个性化护理可提高患者遵医行为 本组采取个性化护理,针对不同的临床病症分型,因人而异制订护理方案,将大众认同的医药知识融合专业护理方法,包括情志调护、中药调理、饮食调养、用药指导等,帮助患者掌握自身疾病的护理知识,定期健康讲座结合日常教育,使患者系统、深入掌握白内障相关知识,改变以往不良的生活方式。嘱咐患者按时复诊,随时掌握患者的病情变化。邀请患者家属参与健康教育讲座,增加护患之间的互动交流,患者不仅能得到专科护士的康复指导,还能得到家属亲情支持和监护,有效提高患者遵医行为。

3.2 个性化护理可提高护理人员的专业素质 对个性化护理组患者制订相应的护理计划,使护理人员能按计划有序进行指

导,这种教育同时也能提高护理人员的水准,要真正掌握,熟练运用到工作中,才可针对不同文化层次的患者,运用不同的语言方式,沟通模式,对患者进行健康教育,这种模式也调动了护理人员的积极性。在护理过程中有护士长监督指导,从整体上提高了护理服务质量,提升了护理人员专业素质,提高了治疗效果。

3.3 个性化护理对治疗效果的影响 白内障是一种慢性病,需长期药物治疗,拥有良好的生活习惯,可以将疾病带来的损伤降到最低。常规的护理措施已经不能适应医疗水平的发展,采取有针对性的护理路径,可有助于治疗效果提高。中西医结合的护理方法,中医手段给予食疗、针灸等,其效果好于单一的护理手段。本组正确用药、按时复诊、用眼卫生、坚持食疗、坚持针灸的患者都明显高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。个性化护理组结合了中医的中药调护,饮食调养,加以针灸,治疗效果显著高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前、后对两组患者情绪和生活质量进行了问卷调查,结果发现个性化护理组患者焦虑、抑郁情绪随着病情好转明显改善,患者生活质量也大大得到了提高。由此可见,患者在得到了正确指导后,疾病得到控制的同时还能提高患者生存质量,这是个性化护理的一个额外收获,也更加确定个性化护理模式在白内障治疗中有积极意义。

综上所述,个性化护理在放弃手术治疗,长期接受中西医结合治疗年龄相关性白内障患者中具有一定的临床价值,在某种程度上配合了治疗的开展,增加了患者的治疗效果,值得临床广泛推广。

参考文献

[1] 郭红梅,张艳华,辜丽江,等.年龄相关性白内障临床路径变异的相关因素分析[J].护理实践与研究,2012,9(6):33-34.

[2] 吕家其.临床护理路径在白内障手术患者中的应用[J].检验医学与临床,2012,9(15):1950-1952.

[3] Jaichandran VV, Nair AG, Gandhi RA, et al. Brainstem anesthesia presenting as contralateral third nerve palsy

- following peribulbar anesthesia for cataract surgery[J]. Acta Anaesthesiol Taiwan, 2013, 51(3):135-136.
- [4] 荆美美, 杜沛. 中西医结合护理干预提高早期年龄相关性白内障患者遵医行为的效果分析[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(10):946-947.
- [5] 李凤鸣. 中华眼科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005:1464-1465.
- [6] 杜彬, 崔文姬, 杜容娇. 认知和行为治疗改善妇科恶性肿瘤患者的生活状况[J]. 中国临床康复, 2005, 9(6):12-13.
- [7] 师伟, 杨祯. 临床护理路径在年龄相关性白内障患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(3):10-11.
- [8] 莫亚, 曾庆华. 年龄相关性白内障病因研究进展[J]. 中国中医眼科杂志, 2007, 17(3):180-182.
- [9] 严宏, 孙熠. 年龄相关性白内障的中医药治疗[J]. 继续医学教育, 2007, 7(21):28-36.
- [10] 关晋英, 关敏, 李翼, 等. 程序化护理缩短白内障手术时间的对比研究[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(3):277-278.
- (收稿日期:2013-10-29 修回日期:2014-02-15)

骨科患者常见的护理安全意外事件及对策

李 敏¹, 陈道莉², 李传波^{1△} (重庆市巴南区人民医院骨科 401320)

【摘要】 目的 探讨骨科住院患者常见的护理安全意外事件及对策, 提高护理质量, 保障护理安全。**方法** 对巴南区人民医院骨科 2007~2012 年所发生的护理安全意外事件进行统计、分析、整理、总结, 提出常见的意外事件及防范措施。**结果** 通过采取多种护理安全措施, 患者安全意外事件由 2007 年的 12 例逐渐下降为 2012 年的 1 例, 意外事件病例由 2007 年的 1.31% 逐渐下降为 2012 年的 0.05%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 骨折等重大创病例由 2007 年的 6 例逐渐下降至 2012 年的 0 例, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 护士加强责任心, 认真落实安全护理措施能有效降低患者安全意外事件发生率。

【关键词】 护理; 安全意外事件; 对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.13.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)13-1874-03

护理安全是指在实施护理的全过程中, 不发生法律和法定的规章制度允许范围以外的心理、机体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡^[1]。近年来, 医院因护理安全意外事件而发生的医疗纠纷呈上升趋势。如何保证患者住院期间的护理安全, 避免发生意外, 减少医疗纠纷, 已成为临床护理工作中急需解决的问题。骨科护理人员通过长期的临床实践和摸索, 逐渐总结出一套适合骨科患者的有效方法, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院骨科 2007~2012 年发生护理安全意外或有高度发生危险的患者 33 例, 男 23 例, 女 10 例; 年龄 12~96 岁, 平均 52.7 岁。其中跌倒 5 例, 坠床 2 例, 昏倒 2 例, 滑倒 2 例, 踢倒 1 例, 碰伤 2 例, 压疮 6 例, 烫伤 3 例, 误吸 1 例, 管道脱落 9 例。跌倒、昏倒、滑倒、坠床等意外造成患者股骨颈骨折 1 例, 股骨干骨折 1 例, 胸腰椎骨折 2 例, 胫腓骨骨折 1 例, 手掌皮肤肌肉损伤 1 例, 膝部皮肤擦挫伤 2 例, 软组织损伤 4 例。

1.2 方法 对本院骨科 2007~2012 年 5 年内所发生的或有

高度发生危险的护理安全意外事件进行评估、比较、统计、分析、整理、总结, 提出相应的护理措施, 应用于临床。同时密切观察护理效果, 根据临床护理效果提出改进措施后再次应用于临床, 进行不断完善、持续改进, 逐渐总结出骨科患者易发生的安全意外事件及科学、系统的防范措施。

1.3 统计学方法 采用 SPSS11.0 软件进行处理, 计数资料采用 χ^2 检验分析, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 意外事件发生率逐年下降 全科医务人员高度重视, 积极实施安全护理措施后, 患者意外事件发生率及意外事件例数逐年下降, 各年意外事件发生率差异有统计学意义 ($\chi^2=38.64, P<0.01$), 见表 1。

2.2 创伤事件发生率逐年下降 见表 2。随着全科医务人员防范意识逐渐提高, 安全措施进一步到位, 由于意外引起患者骨折、皮肤肌肉损伤等创伤事件发生率逐年下降; 同时意外事件引起患者骨折逐年减少。

表 1 各年护理安全意外事件发生情况比较 (n)

年份	住院总人数	意外总人数	意外事件发生率(%)	跌倒	坠床	昏倒	滑到	踢到	碰伤	压疮	烫伤	误吸	管道脱落
2007	914	12	1.31	3	1	0	0	1	1	3	0	0	3
2008	1 043	10	0.96	1	1	1	1	0	0	2	2	0	2
2009	1 238	5	0.40	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2
2010	1 542	3	0.19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
2011	1 764	2	0.11	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
2012	1 857	1	0.05	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

△ 通讯作者, E-mail:343603411@qq.com。

表 2 各年意外事件中创伤事件发生情况比较(n)

年份	住院总人数	创伤总人数	创伤事件 发生率(%)	股骨颈骨折	股骨干骨折	胸、腰椎 骨折	胫、腓骨 骨折	手掌皮肤 肌肉损伤	膝部皮肤 擦挫伤	软组织损伤
2007	914	6	0.66	1	1	1	0	1	0	2
2008	1 043	4	0.38	0	0	1	0	0	2	1
2009	1 238	1	0.08	0	0	0	1	0	0	0
2010	1 542	1	0.06	0	0	0	0	0	0	1
2011	1 764	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0
2012	1 857	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0

3 讨 论

3.1 骨科常见的护理安全意外事件及产生原因

3.1.1 坠床 住院病床与家庭普通床铺相比较窄、较高,患者对医院病床不适应;大部分骨折患者手脚不灵活,协调性差,应急能力及平衡能力差;部分患者意识障碍、昏迷、烦躁或合作性差;部分家属不遵守探视陪伴制度,强行与患者同住一张病床;病床缺乏床档等防护设施或设施性能不良。

3.1.2 跌倒 受伤或手术引起疼痛,造成患者步态不稳;未对骨折部位进行坚强固定致使机体不能承受自身重量;肌肉受伤或萎缩导致肌肉力量差;环境因素干扰,如地面不平或有障碍物;辅助器械选择不当或未能掌握使用方法;医院防护措施不到位,如未设置扶手;穿着不当,如裤子过长,鞋偏大,鞋带脱落,鞋底打滑;座椅不稳;部分疾病,如帕金森、偏瘫等。

3.1.3 昏倒 长时间卧床患者突然改变体位时血液分布未能适应身体姿势的改变,部分血液滞留在下肢,大脑一过性供血不足,缺血缺氧造成头昏或晕厥而发生昏倒;外伤或手术出血、大量出汗等致使患者血容量减少,身体暂时性供血不足,身体虚弱而引起头昏及晕倒;睡眠障碍导致头昏,眩晕;食欲下降使机体能量供应不足或发生低血糖;基础疾病病情未控制,如高血压;药物不良反应等。

3.1.4 滑倒 病区地面防滑性能差;清洁不及时,地面有水迹、油迹、垃圾等未及时处理;厕所、盥洗间、淋浴室等易潮湿的地方缺乏警示标识、照看不周;鞋子防滑性能差。

3.1.5 压疮 部分患者卧床时间长、翻身困难或禁忌翻身,身体局部组织长期受压;创伤之后食欲降低,而机体消耗增加,引起组织营养缺乏;躯体移动障碍导致汗液、尿液、大便等清洗不彻底,长期刺激皮肤;骨折后移动疼痛,床单更换困难,床上渣屑清理不够;部分护理人员工作不认真,观察不到位,对压疮的发生没有预见性,采取措施不得力。

3.1.6 烫伤 骨折后软组织出血、肿胀,皮肤变薄或有水泡,抵抗力下降;皮肤敏感,轻微热刺激即出现皮肤红肿、水泡、破溃;神经损伤后皮肤感觉功能减退或消失,对热刺激不敏感;部分家属缺乏科学知识及护理知识,凭经验并以自己体会为标准对患者进行照顾;老年人感觉迟钝,容易发生烫伤。

3.1.7 管道脱落 管道多,各种管道长短不一,管道接头过松,管道固定不牢^[2],部分患者神志不清、烦躁,易抓脱管道;部分患者对管道缺乏保护意识,未引起足够重视。

3.1.8 误吸、误食 部分患者文化低,对药物不认识,不能区别内服药及外用药;部分老年患者记忆力及理解力下降,对口服药物的用法、用量不了解,主观臆断,凭经验吃药,造成少服、

多服、错服、漏服等现象;护士或家属对痴呆患者药物、食物等监管不严。

3.1.9 自杀 家庭纠纷患者、精神异常患者、心理疾病患者、癌症晚期患者容易有自杀倾向。

3.2 护理对策

3.2.1 预防患者坠床、跌倒、滑倒

3.2.1.1 安全教育^[3] 责任护士主动向患者宣传安全防护知识,让患者了解维护自身安全,避免安全意外的重要性,增强患者安全防护意识,自觉遵守安全防护规定,从而减少安全意外的发生率。

3.2.1.2 警示标识 正确评估患者,识别高危患者并进行重点防范。对于年龄大于 75 岁,有跌倒史,神志模糊、瞻望、烦躁,听力或视力下降,血红蛋白小于 60 g/L,血压小于 90/60 mm Hg,体位性低血压,眩晕,腹泻或大便隐血,自理能力差,偏瘫或截瘫,肌力下降,关节僵硬,肢体残缺,痴呆,帕金森,使用特殊药物(如利尿剂、缓泻剂、镇静剂)等患者应在床旁悬挂醒目的标识^[4],提醒医生、护士、患者及其他人员重视其安全工作。

3.2.1.3 使用床档 护士经常向患者讲解使用床档的重要性,让患者养成自觉使用床档的习惯。教会患者正确使用床档,方便患者自行上下病床。护士加强检查,随时帮助患者打上床档,以防止患者坠床。

3.2.1.4 24 h 陪护 凡危急重症、高龄、神志不清、精神异常、小儿、痴呆等患者必须 24 h 留陪伴^[5],严密观察患者,防止发生意外,在患者行走时予以监护及协助。凡步态不稳、行动不便、虚弱、使用镇静催眠药物等患者活动时必须有人陪伴、搀扶。

3.2.1.5 加强巡视 每天常规进行病房设施检查,保持设施完好,杜绝安全隐患。按国家规范巡视患者,密切观察病情变化及用药后的反应,对高危患者应进行特级护理或安置患者进入监护病房,防止意外发生。

3.2.1.6 协助生活需要 病情不允许下地活动的患者,指导其卧床休息,按时协助完成日常生活需要,满足生活需求,减少下地活动机会,减少发生安全意外的可能。呼叫铃放于患者伸手可及之处,方便患者随时使用。

3.2.1.7 医院支持系统 保持病房宽敞,室内光线柔和、明亮,有夜灯设置;保持座椅性能良好、安全稳固;地面铺设防滑性能良好的地板胶;走廊、阳台、厕所及淋浴室等地方安装扶手,在厕所、盥洗间等潮湿的地方铺设防滑垫并放置防滑警示牌。

3.2.1.8 保持地面干燥 加强清洁管理,督促保洁工随时清除地面水迹、油迹、垃圾等以保持地面清洁、干燥、平整、无障碍物。

3.2.1.9 穿防滑鞋 病情允许下地活动的患者,指导患者穿舒适、合脚、防滑、不需系带的鞋子,消除穿着不良引起患者跌倒、滑倒、踢倒的可能。

3.2.1.10 使用辅助器械 腿脚不方便患者下地时,指导患者使用辅助器械,如轮椅、助行器等。使用前应检查辅助器械是否完好,教会患者正确使用方法,调节适合的高度,使用中加强观察,及时处理突发情况。

3.2.1.11 使用约束措施 对于烦躁不安、不配合执行医、护理措施的患者可适当使用约束措施,如床保险带、约束带等。使用约束带时应加强观察,防止约束带过松而失效,过紧影响血液循环而发生其他医疗意外。

3.2.2 预防患者昏倒

3.2.2.1 缓慢变换体位 长期卧床患者突然变换体位时动作应缓慢,尤其是贫血、老年人、高血压等患者。体位变换应遵循 3 个 30 s 原则,即醒后 30 s 再坐起,坐起后 30 s 再站起,站立后 30 s 如无头昏、眩晕、心慌等症状再行走^[6]。初次下地必须有人监护,行走距离不宜过长,以身体能够耐受为宜。

3.2.2.2 治疗基础疾病 积极治疗容易导致昏倒的基础疾病,如贫血、高血压、内耳眩晕、后循环缺血等。

3.2.2.3 加强输液管理 禁止患者输液时单独离床活动,必须下床活动(如大小便)时需护士或家属陪同、协助。输液完毕如无特殊需要应卧床休息 30 min 方可离床活动,以减少头晕、心慌发生。

3.2.3 预防压疮

3.2.3.1 减轻压力 长期卧床、翻身困难、消瘦、昏迷、瘫痪等患者应加强观察,严格交接班。使用气垫床或背部、臀下垫水垫以减轻局部组织压力。根据患者情况,可选择合适的减压敷料贴于压疮好发部位,每 2 小时协助患者翻身 1 次,必要时 30 min 翻身 1 次^[7],避免局部组织长期受压。

3.2.3.2 减少摩擦力和剪切力 为了更好地减少摩擦力和剪切力,如病情允许可采取 30°侧卧或 30°半卧姿势;翻身时避免拖、拉、推等动作^[7]。

3.2.3.3 减少刺激 保持患者皮肤清洁、干燥,及时清除尿液、汗液、大便等刺激;保持床单位清洁、干燥、平整、无渣。

3.2.3.4 鼓励活动 指导卧床患者进行床上活动,如行引体向上、直腿抬高、健侧肢体支撑抬起臀部运动等,有效减少局部组织受压;病情允许下地活动时鼓励患者下地活动。

3.2.3.5 加强营养 给予高蛋白、高热量、高钙、高维生素及高纤维素饮食。不能进食者遵医嘱进行胃肠外营养,保证足够营养摄入,提高皮肤抵抗力。

3.2.4 预防烫伤 加强安全宣教工作,指导患者树立防止烫伤的意识;天气转寒时,及时开启空调,提高室温;对于怕冷患者及时添加盖被,避免患者使用局部保温设施;伤后 24 h 内禁止热敷;感觉功能减退或障碍患者使用热水时先用健康人手背测试水温,使用时加强观察;冬天手术患者回病房前可用电热毯加热床铺,回病房后立即取下电热毯以防止烫伤。

3.2.5 预防管道脱落 妥善固定各种医疗管道,保持接头稳

固,固定牢实。对于不合作患者应采取适当约束措施,防止抓脱。加强与患者沟通,告诉患者自我防范的重要性。加强责任心,定时进行巡视检查,及时发现隐患,积极采取措施,防止管道脱落。

3.2.6 预防误吸、误食 指导患者平卧位、吞咽困难患者缓慢进食,不可催促,并选择合适的食物,避免过粗、过硬、过辣、过烫食物,防止噎食或呛咳。对于精神异常、痴呆及其他不能掌握药物用法、用量的患者,护士应集中发药,做到药服到口,确定患者吞下后再离开。

3.2.7 预防自杀 正确对患者进行心理评估,掌握患者心理动态,对于有自杀倾向者应 24 h 留家属;并签署 24 h 陪护通知书。做好患者心理护理,打消悲观、消极想法,引导患者树立正确的人生观。引导家属劝慰患者,打开患者心结。改善病房安全设施。加强周围环境、设施、物品检查,清除可能用于自杀的物品和药品(如尖刀、玻璃杯、凳子、安眠药等)。严格交接班,防止患者在院内自杀。

总之,安全是任何行业的中中之重,保障患者安全是优质护理的重要组成部分,是患者的基本需要,也是医院生存的根本^[8]。护理安全与否是衡量护理质量好坏的重要标准^[9]。护士在工作中应加强责任心和慎独精神,认真落实安全护理措施。加强细节服务,对可能发生安全意外的高危患者,应保持高度的预见性^[10]。做到时时、人人、班班加以防范,杜绝安全意外发生,减少护患纠纷,努力达到“社会满意、政府满意、患者满意、医院满意、医生满意、护士满意”的要求。

参考文献

- [1] 杨勇. 护理安全在眼科护理管理中的应用[J]. 现代医药卫生, 2009, 25(4): 617-618.
- [2] 韦武燕, 邓春华. 管道护理不良事件原因分析及管理对策[J]. 护理学杂志, 2010, 25(18): 20-21.
- [3] 王春秀. 执行患者安全目标落实患者健康教育[J]. 护理学杂志, 2010, 25(7): 15-17.
- [4] 朱彩兰, 孟爱清, 林婕. 住院患者跌倒事件原因分析及管理对策[J]. 包头医学院学报, 2010, 26(5): 93-94.
- [5] 苟晓华, 贾会英. 神经内科老年痴呆患者住院期间的安全隐患和护理对策[J]. 中国医学创新, 2009, 6(23): 136-137.
- [6] 屈红, 王青丽, 董军华. 护理风险管理在预防老年住院患者跌倒中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(22): 105-107.
- [7] 李小萍. 基础护理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 170-172.
- [8] 韦金萍. 剖析骨科患者护理安全隐患及对策[J]. 中国民康医学, 2011, 23(7): 911.
- [9] 郁新. 外科老年病人的安全隐患与护理对策[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(26): 3616-3617.
- [10] 郑昆幼. 老年病房护理安全中存在的问题与对策[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(2): 151-153.