

护理前沿

安宁护理：

做生死边缘的拯救者

目前，国内的安宁护理只针对癌症末期患者，而在国外，安宁护理照顾癌症末期患者的方案，已由上述的概念，发展成为更细致的“四全照顾”特色。今天和大家分享的一篇平不安关于美国重症监护室安宁缓和医疗医生杰西卡的编译文章。

杰西卡博士是加州奥克兰一家公立医院重症监护室医生，同时兼任安宁缓和医疗团队的带头人。她曾就读于斯坦福大学和凯斯西储大学医学院，获得医学博士学位，并于加州大学伯克利分校获得公共卫生硕士学位。

她为身患重大疾病的患者及其家属提供有关医疗决策方案的专业咨询服务。

20多年的从医生涯，在重症监护室看见过太多的生死，杰西卡博士始终在思考现代医学技术如何造福生命末期患者。

今天的医疗文化已经越来越倾向于制造工业化的死亡方式，末期患者在重症监护室，经历一套先进技术手段的折腾，插着各种管子，上着人工呼吸机，在不知不觉中奄奄一息，像是被送上了死亡的传送带上。

而安宁缓和医疗的实践使杰西卡博士相信，对于末期患者而言，应该有更好的医疗选择。她致力于将安宁缓和医疗的理论和实践引入重症监护室，以此建立患者及家属和医疗团队之间的桥梁，努力为每个患者提供能够满足其本人的价值观和自主选择的医疗手段和照顾方式。她已经看到，如果医疗人员能为患者提供尽可能准确的信息，告知医疗抉择中的风险和利弊得失，在不同阶段的统计概率，患者可以为自己做更好的选择，而得以善终。

重症监护室对很多末期患者来说，是一个生命走向终点的地方。在美国，1/5的人会在重症监护室去世，并且这个数字还在上升。很多研究证据表明，这些人生前的最后时光充满了痛苦，甚至可以说是活受罪。

很多被送入重症监护室的患者，其本身就遭受着重度疾病的折磨。很多人经过治疗可以恢复，但是也有很多人，医生使用先进的技术手段延长他们的生

命，就像拽一根橡皮筋，并不能把他们从死亡边缘拉回来，而是人为地延长了濒死期，加剧了他们的痛苦。

安宁缓和医疗是一门年轻的医学学科。它倡导的是“全人关怀”，即不仅仅是优化局部器官的功能。接受安宁缓和医疗的患者往往不必白白受很多痛苦，可以在家里平安过世，甚至可以活得 longer。

尽管重症监护室是安宁缓和医疗最有使用武之地，但是在实践中很难把这两个学科整合在一起。原因之一是，安宁缓和医疗专业人员非常缺乏，在美国，每2万名需要安宁缓和医疗的患者中，只有一位安宁缓和医疗医生。随着人口老龄化加速，这个差距还在扩大。

美国国会去年提交了“安宁缓和医疗学科教育和培训法案”，试图增加安宁缓和医疗专业人员的数量。按照目前的培养速度，还要很多年才能够培养出足够的专业人员。即使有一天有了数量足够的安宁缓和医疗医生、执业护士或社会工作者，医疗护理还是会面临许多阻碍。

尽管重症监护室里有太多的末期患者，有充分实施安宁缓和医疗的场景和需求，但是实施起来并不容易，其中最大的挑战居然来自一些相信现代技术能够抗衡死神的医疗专家们。

为了破除障碍，安宁缓和医疗界的同仁们一直在努力。杰西卡与同事们建立了一个“促进安宁缓和医疗在重症监护室的实现”的网上知识库，整合了所有关于安宁缓和医疗在重症监护室的实践标准和临床指南。

重症监护室医生的培训必须从以患者为中心的理念出发。这种理念的转变需要时间。对应于紧急抢救，重症监护室需要一个“善终处置”来帮助处于临终阶段的患者。

直到20世纪初，死亡是生命自然历程的一部分。人们接受死亡，安排后事，充满仪式感。人们不感到意外，不拒绝，不恐慌。当时候到了，每个人都清楚该干什么，每一步都很清楚。家人会为将逝者洁身净面，并尽可能让他们保持舒适，直到他们咽下最后一口气。

但是，在医学技术发达的今天，医生被训练必须千方百计、不惜一切代价抢救患者。我们拒绝被动地等待患者咽下最后一口气，而是往重症患者的气管中泵入空气。医生要和死神较量，从手中抢回患者。所有人都在否认死亡，也不对这个重要时刻进行准备，死亡的到来往往出人意料，所有人都忙乱、恐慌而焦虑。

医生需要重新学习和审视自然死亡的过程。如果认真计划和准备，死亡可以是一个宁静而超然的体验。就像助产士为产妇制定周详的接生计划，做好最好和最坏情形的准备，医生也必须学习如何帮助患者跨越生死之门。

对于已经习惯于只顾救命的医生而言，有两个关键的技能要学习，首先就是要认识到，是时候考虑转换治疗的方向了。其次，就是要学习掌握相关技能。善终处置和紧急抢救同等重要。这应当成为一个医疗常规，积极而有效。我们需要教会医疗人员不断练习和使用。帮助患者善终，和拯救生命一样，都需要技术和专长。

(平不安)

历数护理缺陷之“四个高危”，做到防患于未然。

高危环节

高危环节分为危重患者抢救环节、工作交接环节、医护合作环节、新技术应用环节。

如何防范？

对高危环节制定操作规范等预防措施。加强操作过程中的督查。经常查找隐患，善于整改。

高危人群

实习护士、新上岗护士；工作时注意力分散、情绪状况不良、业务能力欠缺者；护患交流障碍者。

如何防范？

加强相关护理人员的培训。关心护士的工作、身心状况。尽一切可能消除交流障碍因素。

高危时段

护士繁忙时、中班、夜班、交接班、节假日等。

如何防范？

护士长根据工作合理安排人力资源。节假日有人员储备、安全检查等应对措施。

高危意识

主观意识过强，缺乏安全意识，法制观念淡薄。对于这些问题，护理人员应当如何防范？

加强法制学习，强化法律意识。加强安全学习，学会举一反三。对护理缺陷，事故认真对待，严肃处理。

(王波)

护理缺陷之「四个高危」

前车之鉴

护理“五不该”

不该输液过快

某患者因支气管炎就诊，医嘱要求给予其1.8克林霉素+生理盐水250毫升静脉输入。上午11时10分患者开始输入液体，下午1时10分患者刚输完便休克了，1时50分该患者被宣告猝死。

分析：根据《中华人民共和国药典》，林可霉素0.6克-1克至少用100毫升以上液体稀释，滴注速度每小时不宜超过100毫升。

不该注射过快

某患者被诊断为“急性左心衰竭”入院，医嘱给予患者盐酸胺碘酮注射液静脉缓慢注射，时间要长于10分钟。但责任护士急于忙其他事情，仅用了5分钟便将药物全部注射完毕，患者当即往左一仰，口唇发绀，后经抢救无效死亡。

分析：根据盐酸胺碘酮注射液说明书所示：负荷量按体重3毫克/千克体重，然后以1毫克-1.5毫克/分钟维持，使用全过程应严密监测患者心率>60次/分。此案例中护理人员将本应该10分钟推注完毕的药物，在5分钟内推注完毕，并且在过程中没有严密观察患者情况，导致患者死亡。

不该输入错误血型

医嘱给予某患者输血，因当天输血患者较多，责任护士拿过血袋潦草看了看就直接给患者输上了。过程中患者出现了寒战，抢救时发现患者为B型血，但是输入的是O型血。

分析：根据《临床输血技术规范》等相关规定：输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常。准确无误方可输血。输血时，由两名医护人员持病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、床号、血型等，

确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。

不该查对不严

某护理人员为一名患者输液，因没有认真执行查对制度要求，误将结晶的甘露醇给患者输入，家属发现后立即告知护理人员，虽未出现事故，但是引起了医疗纠纷，该护理人员也受到了严肃处理。

分析：甘露醇在室温低于15摄氏度时，极易产生甘露醇微粒，甚至析出结晶。如果在输液前不仔细检查，在出现微粒或结晶时不采取加热措施而直接输入，可能引起血栓。护理人员在输甘露醇前应先进行严格三查七对，并仔细检查液体是否有结晶，在室温较低的时候应先用热水溶解结晶。

不该非抢救时执行口头医嘱且无护理记录

一位甲状腺术后的患者，夜间主诉憋气，护理人员发现后请示值班医生，值班医生说：“扶患者到楼梯里溜达溜达。”护理人员遵口头医嘱扶患者散步，事后未进行护理记录且值班医生未补录医嘱。翌日清晨，发现患者已死亡，死因是术后出血压迫窒息死亡。事后患者家属复印了病历，向法院举证说，在患者死亡前10小时内无病历及护理记录，说明医护人员没有仔细观察患者病情。调查中，值班医生否认接到过护士的请示也未下达过口头医嘱，当班护理人员百口莫辩，受到了相关处罚。

分析：作为护理人员应该明确知道：在非抢救情况下，护理人员不执行口头医嘱及电话通知的医嘱。术后患者一般为一级护理，根据规范一级护理患者应给予严密观察，在病情变化的时候必须如实进行护理记录。

(许秀珍)

护患沟通

使双方关系更和谐 这份沟通清单

导语

与患者交流的最重要的环节就是沟通。沟通就是要注重语言艺术。

沟通不到位的结果是患者与家属没有参与进来，这样导致患者对疾病担忧、对治疗不理解，对预后一无所知，一旦没有达到他们预期的目标，就容易发生医疗纠纷，导致医患关系紧张。

国外医院专门列出了医患沟通清单，希望对管理者、对医务人员有所启示。

医患沟通清单

患者：是否知道复诊时间与地点？是否知道疾病复发的警报症状？是否知道所用药物的相关副作用？出院后出现紧急情况时，第一时间联系谁？是否知道为什么入院？诊断是什么？接受的治疗是什么？

有没有您仍然在等待中的实验室或影像学检查？如果仍有未明确的检查结果，您是否知道应该联系谁来获得结果？

有没有医务人员和您一同回顾您的用药？您是否知道哪种药物出院后还将继续使用及其剂量？哪些药物出院后将不再使用？

医生：询问如何称呼患者家属。详细介绍诊疗计划。倾听患者及家属意见。重视患者提出的问题。保持良好的接诊态度。

出院药物：和患者一起回顾出院用药；注明本次住院中更换的药物和更换剂量；告知患者药物的副作用。

出院小结：必须包括出院药物（并且注明和入院时的不同用药与剂量）；列出所有需要复查和随访的异常检查结果和报告；将出院小结复印给所有治疗团队的医生（包括患者的家庭医生）。

和患者、家属沟通：提供给患者及家属用药方法和随访细节；详细告知疾病复发的警报症状及病情恶化时该如何做；确认患者理解医务人员所提供的出院指导；沟通时尽可能有一名家属在场。

和患者家庭医生沟通：出院后具体随访的诊地点、名字，和家庭医生预约的具体时间。（本报综合摘编）

小发明

沙袋固定装置

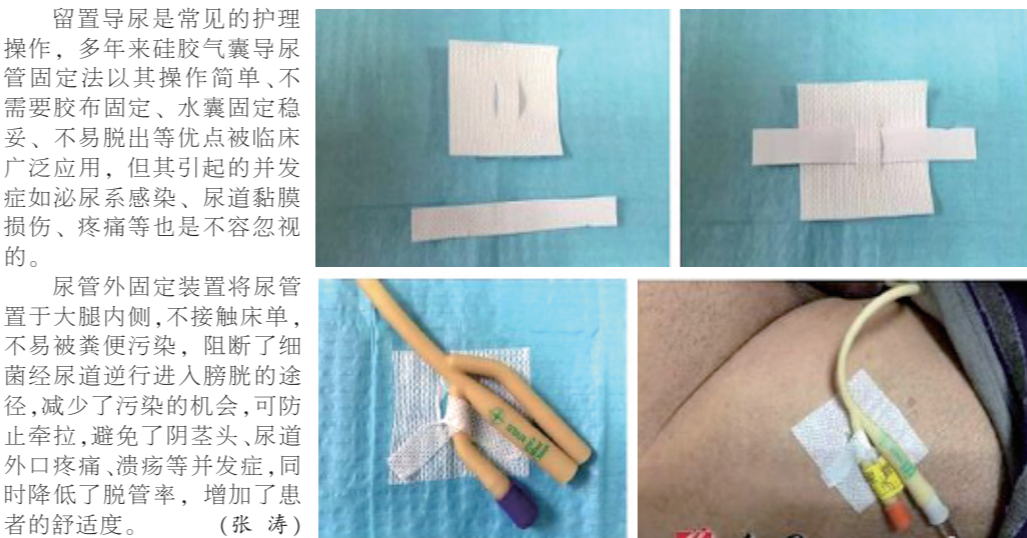


但其术后血肿发生率较高，因此患者术后安全返回病房后，应给予伤口压沙袋。

但是由于患者翻身或是侧卧，沙袋容易滑脱或是偏离位置，不能达到很好的压迫止血效果。因此护士们设计了一个沙袋固定装置。此沙袋固定装置是在腹部的基础上增加一个能够容纳沙袋大小的口袋，将沙袋放于口袋中，予以尼龙粘扣封口固定，外层腹部粘扣扣好固定，能够很好地固定沙袋，即使患者翻身或取半坐卧位，沙袋仍然不容易滑脱或是偏离位置。

(李铭)

尿管固定装置



留置导尿是常见的护理操作，多年来硅胶气囊尿管固定法以其操作简单、不需要胶布固定、气囊固定稳妥、不易脱出等优点被临床广泛应用，但其引起的并发症如泌尿系感染、尿道黏膜损伤、疼痛等也是不容忽视的。

尿管外固定装置将尿管置于大腿内侧，不接触床单，不易被粪便污染，阻断了细菌经尿道逆行进入膀胱的途径，减少了污染的机会，可防止牵拉，避免了阴茎头、尿道外口疼痛、溃疡等并发症，同时降低了尿管脱落率，增加了患者的舒适度。（张涛）

(张涛)

专科护理

烧烫伤的急救与护理

《天使之声》一起来投稿!

这里是护理人员的阵地，如果您在护理工作上有所创新、发明或者感想，请发送稿件至 373204706@qq.com。适合投稿的栏目有：

《小发明》——经过团队或个人探索、研究后，找到了方便护理工作、减轻患者痛苦、提高工作效率的创造与发明（请附图）。

《海外护理》——国外先进的护理经验和方法，字数在1200字以内。

《护理管理》——谈谈您对护理管理工作的见解和看法。

发送时请备注：《天使之声》版面。

本版图片均为资料图片



烧伤的分类

烧伤可以分为热力烧伤、化学烧伤、电烧伤。烧烫伤按深度一般分为三度四分法，临床表现为：

I度烧伤 又称为红斑性烧

伤，局部干燥，疼痛，微肿而红，无水疱。三五天后局部由红转为淡褐色，表皮皱缩、脱落，露出红嫩光滑的上皮面而愈合，不留瘢痕，可有短时间的色素沉着等改变。

II度烧伤、浅II度烧伤 又称水疱性烧伤，局部红肿明显，有大小不一的水疱形成，内含黄色或淡红色血浆样液体或蛋白凝固的胶状物。水疱破裂后，可见潮红的创面，质地较软，温度较高，疼痛剧烈，痛觉敏感，并可见无数扩张充血的毛细血管网，呈脉网状或颗粒状，伤后一两天更为明显。愈合后不留瘢痕，可有时间不等的色素沉着。

深II度烧伤 局部肿胀，表皮较白或棕黄，间或有较小的水疱。去除坏死皮后，创面微湿，微红或红白相间，质地较韧，感觉迟钝，温度较低，拔毛痛。可见针孔或粟粒般大小的红色小点，伤后一两天更为明显，这是汗腺及毛囊周围的毛细血管扩张所致。如有扩张充血或堵塞的小血管支（系真

皮血管丛充血或栓塞）出现，常表示深II度烧伤较深。

III度烧伤 又称焦痂性烧伤。由于损伤程度不同，局部表现可为苍白、黄褐、焦黄。严重者呈焦灼状或炭化，皮肤失去弹性，触之硬如皮革，创面干燥，无渗液，发凉，针刺无痛觉，拔毛不痛，可见粗大的栓塞的血管网（系真皮下血管丛栓塞），如树枝状，多在伤后即可出现，尤以四肢内侧皮肤薄处多见。

烧伤后护理注意事项

体液渗出期(休克期)

一般为伤后48~72小时，一方面由于烧伤热导致液体渗出而出现了皮肤水肿，另一方面机体由于体液减少而影响内脏的正常功能，如不及时采取救治将会危及生命。

创面修复期

浅II度创面一般在10~14天内愈合，不留疤，但有色素沉着数月甚至数年后可自行消失。较浅的

深II度无感染也可两三周愈合，但有疤痕遗留。深II度及III度均需植皮才可修复，且有疤痕遗留。

作为急诊科护士，尤其应该注意的严重烧伤患者护理：第一，保暖很重要。因为患者热量的大量流失，患者的房间一定要保持适宜的温度。第二，采取去枕平卧位，每4小时翻身一次，保持创面干燥。第三，保持呼吸道通畅。大面积烧伤患者和颜面部烧伤的患者，多伴有吸人性损伤，床边应备气管切开包，准备好吸氧器，并给予持续低流量吸氧。第四，体温、脉搏、呼吸这三项生命体征每2小时测试1次，并记录。血压也应定时测量。第五，严密观察，准确记录。做好出入量记录，从受伤时起，在伤后48小时内，分别做第一、第二个24小时总结，并且其中每8小时分别总结1次，计算出胶体、晶体及水分的输入量，包括口服液体量。出量包括：尿量、呕吐量、大便量及胃肠减压排出量。（张子英）