

肿瘤患者跌倒防范措施

□刘新 姚伟涛

医院内外发生患者跌倒、坠床，并引发外伤性骨折（如腕部骨折、股骨颈骨折）是临床较为常见的一种现象，具有较大的隐患，并且容易引起医疗纠纷，但目前并没有引起足够重视，甚至习以为常。笔者从引发跌倒的机理、防范措施等方面进行系统阐述，为临床相关隐患的解决提供可参考的方法。

跌倒指突发、不自主、非故意的体位改变，倒在地上或比初始位置更低的平面。跌倒是住院患者最常见的不良事件之一。据报道，院内跌倒坠床发生率达0.01‰~3.8‰。跌倒事件多发生于18:00至24:00及4:00至8:00时间段，发生地点多集中在卫生间或床边。跌倒不仅加重了患者身心痛苦，也增加了家庭负担，还造成了患者机体功能减退、损伤，甚至危及生命安全，增加医疗费用，从而造成不必要的经济损失。因此，预防肿瘤患者的跌倒一直受医务人员的重视。

患者对跌倒预防知识的了解和掌握是预防跌倒的基础，但临床工作中，骨组织、软组织肿瘤患者对跌倒预防知识知晓率并不高，高估自我能力，缺乏风险意识。此外，陪护对预防跌倒的重视程度不足，安全意识差，对跌倒的知识掌握不到位也是影响患者跌倒发生率的一个重要因素。明确易发生跌倒的高危因素：个人层面，如年龄>70岁或<10岁、化疗后低血糖、体质突然变化，如坐起或站起后

的直立性低血压、下肢肿瘤导致肢体无法负重和穿鞋问题、截肢术后患肢下意识行走、儿童（低风险意识）依从性差、老年人协调性差、频繁如厕、前庭功能障碍、睡眠形态紊乱、视力问题等，以及系统层面（科室、病房等）所处环境中的危险因素。世界卫生组织在2013年指出跌倒护理标识有助于构建临床护理安全、规范护理行为。为此，提出预防跌倒措施。

完善防跌倒工作流程

制定实施接诊护士一责任制护士—护士长三级管理流程，护士长对具有跌倒高风险患者进行追踪巡视，增设跌倒课程与培训，提高医务人员跌倒知识与技能水平。由责任护士负责跌倒坠床风险评估，护士长核对责任护士对跌倒风险评估的准确性，在此基础上做好防护措施。

强化护士安全防范能力及意识 住院时认真评估患者跌倒风险，做好针对性安全宣教，告知患者跌倒的危害及陪护工作的重要性，获得患者及家属的理解及配合。对术后首次下床活动患者要认真评估，护士协助患者下床活动，通过示范教会患者及家属防跌倒的方法。改变体位应遵守“三部曲”：即坐起30秒，站立30秒，再缓慢站起活动，避免突然改变体位。若在行走过程中出现眩晕，及时呼叫，在周围人帮助下卧床休息。

强化对高风险患者的宣教。骨肿瘤科主要的高风险患者有：年龄>70岁或<10岁、行动不便的骨肿瘤患者；部分天性活泼好动的患儿；年轻个性好强的患者，活动、起床时多不愿麻烦护士及家属，安全意识薄弱，易发生跌倒事件；化疗后因患者频繁呕吐、进食少，起床后容易引发低血糖性晕厥及跌倒；长时间卧床患者突然坐起或站起来时，由于大脑一过性供血不足，容易引起直立性低血压并跌倒。

对易发生跌倒、坠床等高风险的患者一方面应加强相关知识的宣教，另一方面在患者床头悬挂警示标志，实施床头交接；同时加强对高危患者的巡视工作，并给予预见性预防处理，如将呼叫器等必备物品置于枕边等易于拿到的地方，强化护士安全防范意

识。 **病房设施警示及防范措施** 保证病房及走廊内光线充足，尤其是夜间要开启病房地灯及卫生间夜灯。确保物品摆放整齐有序，避免在患者活动范围内放置障碍物。固定好轮椅和病床四脚，防止患者移动到轮椅和病床时引发跌倒。在病区走廊、洗浴室、坐便器旁安装扶手，使用防滑垫，保持地面干燥，设置醒目的“小心地滑”等标牌。积极营造预防跌倒的安全氛围，时刻提醒患者及家属防范跌倒的发生。

对于依从性差的高危倒患者及家属采取“一对一”的个性化宣教。对截肢的患者，截肢术后的大脑皮质功能重建，特别是大脑皮质躯体感觉区的功能重建，护士要指导患者从躯体上让患者正视已经截肢的现实。鼓励患者积极配合术后康复训练，多观察残端，向患者详细说明安装假肢后的功能情况；用残端进行踩踏训练，逐渐增加残端的负重，并强化残肢面的韧性和肌肉力量，以促进新血管的形成；术后早期为患者安装假肢，让其

早日下床活动，更早地适应假肢。儿童（低风险意识）依从性差及老年人的协调性差，护士应加强宣教及追踪宣教效果，发放预防跌倒的宣教手册；对服用特殊药物的患者给予详细用药后指导，护士进行风险评估后采取相应措施，患者方可下床。教会患者和家属正确使用轮椅及助行器具，避免设备使用不当发生跌倒。

预防跌倒与患者康复锻炼是不矛盾的，应在两者之间取得平衡，患者对跌倒预防知识的了解和掌握是预防跌倒的基础。患者个体层面的措施应做到个体化并且具有针对性，系统层面面对环境的修正应具有持续性、常规化。科室增设防跌倒课程与培训，提高医务人员跌倒知识与技能水平，丰富健康宣教方式与内容，增强患者与主要照护者风险意识及陪护能力。防跌倒措施需护理、医疗、康复、后勤等多学科多部门共同合作，做到适宜、可行且细节化，从而减少患者跌倒的发生，提高工作质量，保障患者安全。

（作者供职于河南省肿瘤医院）

护理感悟

输血时血袋被戳破怎么办

□张凤霞

事件经过

护士朋友，你给患者输血时，把血袋戳破过吗？当时我还在外某科的时候，给一个术后患者输血时不小心发生了把血袋戳破的事情。

那次，我们照例是双人现场核对，我和搭档小王一起先进行输血前的双人核对。

核对无误，我们开始操作。

我拿起输血袋里的输血针头，对着挂在输液架上的血袋下面预留输液管，进行消毒后，从下向上往里戳，从输液管进入到血袋里有一个隔挡，针头进入的时候很费力气，进入之后

还会有落空感，一不小心，锐利的针头便戳到了血袋。

还好，血袋没有完全破裂，但血袋的完整性已经没有了。

怎么办？

我当时非常慌乱，好在搭档小王很是镇定，她从治疗盘里拿出碘伏棉签对着血袋破损位置进行消毒，并用止血钳夹住血袋破损处的上方，使破损与血袋隔挡形成一个独立的区域，保持住血袋的密封性，继续完成输血操作。

血袋破裂，如果处理应对不好，那么这袋血液可能就报废了。我心里面想的是医院处罚我是小事，主要是患者要用血液进行治疗，但取血流程那可

是相当麻烦，如果耽误了治疗时间，患者出现了生命危险，那我的错误可就无法弥补了。因此，护士输血时的操作很重要，千万不要小心谨慎。

当时我向血液插入针头时，患者和家属并不知道发生了什么事情，两名护士的应对处理都是在配合默契的情况下顺利完成的。

血液一滴一滴的输入患者体内，我们的心也一直忐忑不安。庆幸的是输血非常顺利，一直到患者的血液全部输完，我和小王这颗忐忑的心才算放了下来。

血袋破损有多麻烦，对护士的负面影响有多大，此案可

见一斑。因此，在给患者输血操作的时候，一定要避免针头刺破血袋。

后来，我和搭档琢磨出一个应对之策，可有效避免针头刺破血袋。

经验方法

在输血操作时，需要两个人核对信息，向血袋内插入针头的时候，也需要两个人配合完成操作。

一名护士双手握住血袋，放置到自己的上腹部位置，使血袋穿刺口处于平行位，穿刺孔正对着另一名护士。另一名护士左手固定血袋，右手持针

头，水平刺入，固定牢靠，而后将血袋再次挂上输液架，开始输血。

之前那种血袋是挂到输液架上，操作护士从下向上垂直插入进针法，由于血袋处于高悬状态，操作护士不容易掌控力度和方向，这种与搭档一起配合水平插入进针法，由于位置较低，且双人配合，血袋位置和角度更容易掌控，能更顺利完成进针操作，有效避免针头刺破血袋。

简而言之，就是输血操作的进针方法改变一下，变垂直进针法改为水平进针法即可。

（作者供职于驻马店市第四人民医院）

小发明

一种儿童实用新型多功能听诊器保护装置

□娄欣霞 文/图

听诊器是临床医疗器械中重要的辅助工具，是医师诊断、诊疗时最常用的诊断用具之一。尤其在临幊上有着广泛的应用。传统的听诊器听筒多采用金属材料制成，医生在为患儿诊断时，听诊听筒与患儿皮肤接触会产生低温不适感，给患儿带来不适，患儿产生哭闹不安，使得正常诊疗受到影响。由于传统听诊器在听诊技能、临床治疗护理工作等方面存在不足，故发明一种新型听诊装置弥补传统听诊器存在的缺陷。

系统设计

结构组成：该新型听诊器保护装置由1-U型保护壳、2-密封板、3-橡胶保温层、4-V型限位片、5-温度控制器、6-发热电阻层、7-感温探头、8-T型移动片、9-调节孔、10-扭转弹簧、11-避让槽、12-橡胶保温片、13-弹性夹板组成。

工作原理

该新型儿童实用新型多功能听诊器保护装置的工作原理简单易行。首先，它通过拉扯避让槽打开密封板，并将听诊器的听筒加热面朝向发热电阻层，从而将听诊器缓慢放置进U型保护壳内，放置过程会有一定的阻力，当听诊器的听筒最大直径通过V型限位片的最低点后，V型限位片在其弹力的作用下回弹，从而对听诊器的听筒进行固定；然后，打开温度控制器的控制开关，使得发热电阻层对听诊器的听筒进行

加热，并将该保护装置通过弹性夹板夹持在医务人员的衣服上。

为患儿诊疗时，需要向上搬动T型移动片并通过拉扯避让槽打开密封板，从而取出听诊器的听筒。因听筒一直存放在恒温装置中，因此取出后的听筒可以直接为患儿进行诊疗，患儿不会产生因低温不适造成不配合的情况。

工作创新

1.由于该实用新型听诊装置通过V型限位片对听诊器的听筒进行限位，从而便于听诊听筒的固定。2.当U型保护壳内听诊器的听筒受到向上的拉力时，V型限位片能够对听诊器的听筒进行一定的缓冲，从而进一步保护听诊器的听筒。3.通过弹性夹板，便于将该实用新型装置夹持在医务人员的衣服上，从而方便医务人员进行携带。

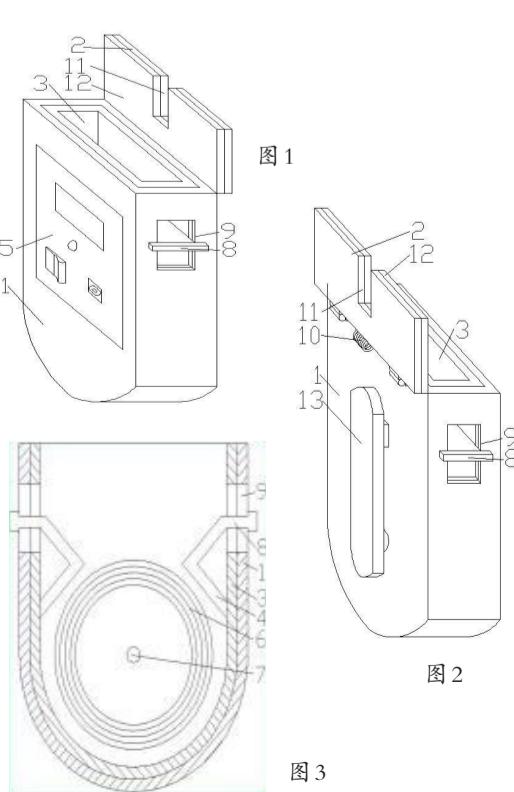
4.该实用新型听诊装置上设有加热装置，能够对听诊器的听筒进行加热，从而避免听诊听筒与患儿皮肤接触产生的低温不适感。

5.这种新型听诊装置的主体结构简单，省时省力，利于临床各科医务人员进行使用。

小结

经验丰富的医生往往能通过听诊器基本判断，甚至确定求医者的病情及患病部位，金属材质的听诊器直接接触患儿身体会产生冷刺激，可能引起条件反射，如心跳加速、肌肉僵硬紧张、呼吸加快等症状，导致诊断的不准确，同时也缺乏医学人文关怀。该新型听诊器保护装置发明设计制作简单，成本低廉，便于临床使用，使其增加了儿童就医检查的依从性，提升了家长的满意度，也呈现出医院人文关怀的初心和使命。

（作者供职于河南省儿童医院）



药师说药

本栏目由河南省卫生健康委药政处指导

高脂血症即高血脂，可见于不同年龄及性别的群体，且随年龄增加患病概率越高。近年来，随着饮食结构和生活方式的改变，高脂血症的发病率有明显提升且年轻化趋势。

脂肪摄入过多、脂蛋白合成及代谢过程的异常均可导致血脂升高。那么，得了高脂血症以后，该如何选择适合自己的降血脂药呢？

什么是高脂血症

高脂血症是指脂肪代谢或者运转异常使人体血液中的血脂含量超过正常范围，表现为血中胆固醇和（或）甘油三酯过高或高密度脂蛋白过低，现代医学称为血脂异常。高脂血症是常见病、多发病，更是导致心脑血管疾病的元凶，该病对身体损害是隐匿、逐渐、进行性和全身性的，它的直接损害是加速全身动脉粥样硬化。长期血脂异常会增加冠心病、心绞痛、心肌梗死、脑中风的发生率和死亡率以及糖尿病的致残率。

检查单中的秘密

根据检查结果分类，高脂血症可分为高胆固醇血症、高甘油三酯血症、混合型高脂血症和低高密度脂蛋白血症。

高胆固醇血症即血清总胆固醇含量增高，超过572毫摩尔/升，而甘油三酯<1.70毫摩尔/升。高甘油三酯血症即血清甘油三酯含量增高，超过1.70毫摩尔/升，而总胆固醇含量正常，即总胆固醇<572毫摩尔/升。混合型高脂血症即血清总胆固醇和甘油三酯含量增高，即总胆固醇超过572毫摩尔/升，甘油三酯超过1.70毫摩尔/升。低高密度脂蛋白血症即血清高密度脂蛋白含量降低，<9.0毫摩尔/升。

高脂血症的药物治疗

他汀类：

他汀类药物是临幊上降血脂的一线用药，通过抑制体内胆固醇合成，发挥调脂作用，同时还具有稳定动脉粥样硬化斑块、抗炎、改善血管内皮细胞稳定性等作用，临幊广泛用于冠心病、脑卒中等疾病的二级预防。但他汀类药物既常见又严重的不良反应让医生和患者对该药物又爱又恨。不少应用他汀类药物的患者在治疗过程中出现转氨酶升高，部分患者甚至发展为药物性肝炎。那么，出现转氨酶升高，就应该调整剂量或者停药吗？

他汀类药物引起的转氨酶升高，多发生在开始用药后的3个月内，呈剂量依赖性，停药后转氨酶水平即可下降。

1.对于轻度单纯性转氨酶升高的无症状患者，不需要调整剂量或终止治疗。

2.用药过程中，如果转氨酶超出上限3倍以上，则应考虑停药或减量，同时每周复查肝功能，直至恢复正常。

3.转氨酶升高同时伴有肝大、黄疸、直接胆红素升高或凝血时间延长的患者应考虑停药。

4.肝功能轻度受损的非酒精性脂肪肝、乙型肝炎、丙型肝炎和代偿期肝硬化患者，使用他汀类药物安全。其中，携带乙型肝炎病毒和代偿期肝硬化患者，应加强肝功能监测。

5.活动性肝病、失代偿期肝硬化、急性肝衰竭患者禁用他汀类药物。

6.瑞舒伐他汀具有亲水性，90%以原形通过肾脏排泄，肝功能不全患者宜选用。

7.阿托伐他汀、辛伐他汀等主要经肝脏代谢后由经胆汁清除，肾功能不全的患者宜选用。

依折麦布：

依折麦布作为胆固醇吸收抑制剂，是当前他汀类药物不耐受或单独使用他汀类药物治疗不达标时的首选二线用药。对于轻度肝功能不全患者，无须调整用药剂量；中度、重度肝功能异常患者不推荐使用依折麦布治疗。胆汁酸螯合剂类常用的有：考来烯胺、考来替泊。这类药能使胆汁酸的排泄率提高，主要用于血清总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇升高为主，而甘油三酯水平正常且不能使用他汀类的杂合分子家族高胆固醇血症。常见不良反应有胃肠道不适、便秘和影响某些药物的吸收。此类药物的绝对禁忌证为胆道完全闭锁、异常β脂蛋白血症和血清甘油三酯>4.5毫摩尔/升。

生活中，高脂血症患者需注意日常饮食、运动锻炼，以减少心脑血管疾病及其他相关疾病的发生风险。合理饮食是防止高脂血症的基础措施，经积极进行综合治疗，高脂血症的预后良好。

（作者供职于郑州市第一人民医院）



扫码看视频

河南华安再生资源有限公司
输液瓶(袋)专业回收、处置企业
诚邀合作单位及个人
电话：400-670-3055
0373-3803737 18838728111

广告

《护理管理》《专科护理》《海外护理》《护士手记》《小发明》（请将你的小发明拍成图片，并附上文字说明）等栏目真诚期待你的参与！

联系人：朱忱飞
微信：13783596707
邮箱：619865060@qq.com

《天使之声》