

术程,娴熟配合,严格无菌无瘤操作,做好患者护理等,是保证手术顺利完成的关键。

参考文献:

[1] 庄秀峰.腹腔镜下子宫颈癌根治术治疗早期宫颈癌的疗效分析[J].中国实用医药,2012,7(23):100-101.

[2] 黄进堂,王少勇,张忠民,等.单孔腹腔镜与传统多孔腹腔镜直肠癌根治术的效果比较[J].广东医学,2016,37(3):389-392.

[3] 孙大为,张俊吉,熊巍等.单孔腹腔镜下子宫内腺癌分期手术的临床报告[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2014,7(1):10-13.

[4] 程勇,王辉,张涛,等.腹腔镜 CO₂ 气腹对老年结直肠癌患者缺氧诱导因子-1 α 、 β -链蛋白和 E-钙黏蛋白表达的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(8):2067-2069.

[5] Meftahuzzaman S M, Islam M M, Chowdhuty K K, et al. Haemodynamic and end tidal CO₂ changes during laparoscopic cholecystectomy under general anaesthesia [J]. Mymensingh Med J, 2013, 22(3):473-477.

[6] 邓玉萍,黄焕森.腹腔镜手术中不同气腹压力对老年患者血流动力学及血气的影响[J].临床麻醉学杂志,2011,

27(8):741-743.

[7] 王秋生,邓绍庆,黄筵庭,等.自制非气腹装置在腹腔镜外科手术中的应用[J].中华外科杂志,1995,33(1):15-18.

[8] 冯丽,梁俊华,王建军,等.免气腹与气腹腹腔镜用于老年患者妇科手术的对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2010,15(7):485-488.

[9] 茅伟青.截石位手术后并发症预防性护理的研究进展[J].护理学杂志,2010,25(14):93-95.

[10] Hakimolu S, Tuzcu K, Davarc I, et al. Comparison of sugammadex and neostigmine-atropine on intraocular pressure and postoperative effects[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2016, 32(2):80-85.

[11] 迟培芳,迟培环,王宝英.土豆片外敷眼部治疗颅脑手术后眼睑水肿临床体会[J].中国中医急症,2005,14(10):955.

[12] 高俊美,周倩,杨爱芝.妇科腹腔镜手术患者低体温的预防及效果观察[J].国际护理学杂志,2015(22):3067-3069.

[13] 王明利.经脐单孔腹腔镜胰体尾切除的手术配合[J].护理学杂志,2013,28(8):60-61.

(本文编辑 王菊香)

麻醉复苏室床头提示牌的改进与应用

张转运,张偌翠,芮琳

Improvement and application of bedside reminder card in the post-anesthesia care unit Zhang Zhuanyun, Zhang Ruocui, Rui Lin

摘要:目的 提高麻醉复苏患者的护理质量。**方法** 按时间段分别纳入对照组患者 8 871 例、改进组患者 10 677 例;对照组患者手术毕入麻醉复苏室后采用常规床头提示牌实施复苏护理;改进组针对复苏室患者特点改进床头提示牌并用于复苏护理中。**结果** 改进组患者入复苏室交接漏项发生率显著低于对照组($P<0.01$);12 项护理项目中 3 项两组均未发生问题;另 9 项中 4 项问题发生率改进组显著低于对照组(均 $P<0.01$),5 项问题发生率两组比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$,改进组 3 项未发生问题、2 项各发生问题 1 例)。**结论** 床头提示牌的合理改进,可提高麻醉复苏室护理质量,保障复苏患者护理安全。

关键词:手术患者; 全身麻醉; 麻醉复苏; 床头提示牌; 方法革新; 护理安全
中图分类号:R472.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.12.043

麻醉复苏室(Post-anesthesia Care Unit, PACU; 下称复苏室)是对麻醉手术后患者进行集中严密观察和监测、继续治疗直至患者生命体征恢复稳定的场所^[1]。随着手术量的逐年增多,患者病情复杂程度增加,年龄界限越来越宽,全麻患者越来越多,全麻药品种类亦不断增加,致使复苏室医护人员工作量和工作压力增大,随之安全隐患增加^[2]。鉴此,本研究将复苏室常规应用的简易床头提示牌(单一规格,单一颜色,简单内容)改进为 2 种颜色和个体化提示内容的床头提示牌(下称提示牌),以确保患者重点信息一目了然,避免交接班漏项等,经临床应用效果良好,报告如下。

作者单位:南京大学医学院附属鼓楼医院麻醉手术科(江苏 南京, 210008)
张转运:女,本科,主管护师
通信作者:芮琳,ruilin1108@163.com
收稿:2019-01-19;修回:2019-02-25

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 复苏室一般情况 复苏室有床位 23 张,护士 15 人。护士中男 1 人,女 14 人;年龄 21~50 岁,平均 31.6 岁;护龄 1~31 年,平均 8.4 年;学历:本科 14 人,硕士 1 人。职称:护师 13 人,主管护师 2 人。护士分级:N0 级 2 人,N1 级 5 人,N2 级 6 人,N3 级 2 人。

1.1.2 患者一般资料 选取 2016 年 1~6 月所有全身麻醉未拔除气管导管入复苏室的患者为对照组(应用常规提示牌);按对等原则选取 2017 年 1~6 月进入复苏室的所有全麻患者为改进组(应用改进后的提示牌)。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 提示牌改进方法

原提示牌为红色塑料片制作,单面提示,其中刻

有内容包括困难气道、牙齿松动、哮喘、输血、病理、青光眼 6 类。6 类提示内容偏少,无法满足患者复苏观察与交接需求,影响了医护人员对患者复苏进程及病

表 1 患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	手术类别(例)						
		男	女		骨科	耳鼻喉	泌尿外科	妇产科	神经外科	普外科	其他
对照组	8871	4364	4507	50.03±17.77	2587	659	1422	826	347	1990	1040
改进组	10677	5239	5438	49.01±17.77	3070	899	1750	1034	423	2338	1163
统计量		$\chi^2=0.031$		$t=0.480$				$\chi^2=10.978$			
P		0.861		0.119				0.089			

1.2.1.1 黄色提示牌 ①制作规格与数量。选用 20 cm×10 cm×0.35 cm 的透明有机玻璃 2 块,中间用相同黄色自粘纸间隔,距一端中间位置钻孔,直径 1 cm,用于穿挂线,悬挂床头之用。为空白提示牌(应用时书写内容),共制作 60 个,每个床头物品筐内放置 2~3 个备用。②标示内容。采用白板笔(黑色)双面书写,一面依次为手术间号(便于患者发生病情变化及时联系);尿管(提示需进行尿管护理和记录尿量);入室时间;气管导管拔除与否(便于了解拔管后的血气分析结果);动脉导管拔除与否(血压监测,血气分析;拔管后压迫时间);麻醉人员(便于麻醉医生快速查找患者);复苏期间用药(便于了解复苏过程);注意事项(特殊情况标示)8 项内容。另一面标示患者的特别情况,如高血压及动态血压值;复苏期间的用药等。书写内容可擦拭。

1.2.1.2 红色提示牌 ①制作规格与数量。红色提示牌交由专业广告牌公司制作。选用硬质塑料,两面为红色、中间为白色共 3 层贴合(下刻文字即呈现白色字体,鲜艳醒目);规格为 20 cm×10 cm×0.2 cm;同上钻孔。共制作 36 个。②标示内容。将拟定好的 12 项提示内容(见表 1)交由广告牌制作公司刻字,每个提示牌标示 1 项内容,双面刻(相同内容)。每个项目制作 3 个提示牌。核对无误后悬挂治疗室内治疗台旁的墙面上,方便取用。

1.2.2 改进提示牌的应用 患者入室后,复苏室护士连接呼吸机、监护仪,与麻醉医生及巡回护士交接完毕,即取出黄色提示牌,用白板笔书写有关内容并悬挂在床头输液架上。如患者存在红色提示牌标示的内容,则加挂红色提示牌。特殊情况解除后及时取下红色提示牌挂回原处。患者出室后,将黄色床头牌上字迹擦净备用。遇复苏高峰阶段,复苏患者数多于床位数时,对初步达到出室标准还不能完全转送回病房或是已达出室标准而麻醉医生不能抽身转送患者回病房时,便将该患者挪至床旁,同上法接收新患者,并取用第 2 块提示牌。

1.2.3 评价方法 统计两组患者入室“交接漏项”发生情况及“临床问题”发生情况。入室交接内容包括手术种类、病情变化、物品药品及管道通路 4 类,4

情变化的准确掌控。针对上述问题,遵循“标准、醒目、扼要,实用”的原则改进提示牌,设计黄色有机玻璃和红色塑料提示牌 2 种类型。

类中任何 1 项漏交接均计为交接漏项。“相关问题”指红色提示牌提示的 12 个项目,护士在交接和观察过程中未依从注意事项,而发生了相应问题,但经补救未发生不良后果的情况,但必须采取措施进一步改进的。2 项资料来源于麻醉护理观察记录单。

样表 1 红色提示牌项目及提请注意事项

项目	提请注意事项
困难气道	谨慎拔除气管插管
牙齿松动	拔除气管插管时须谨慎,拔管后注意检查牙齿是否在位
哮喘	有哮喘史,复苏期间避免诱发因素,备好哮喘发作用药
血制品未到	需要输血,但血制品尚未到
肌力弱	气管导管拔管时,肌力判断应参照术前状态,且肌力不作为主要判断依据
凝血异常	加强对伤口敷料、引流或动脉穿刺点的观察
过敏体质	严密观察过敏征象,出现过敏等不良反应及时报告处理
病理报告未到	等病理检查报告;报告未到者不能拔出气管导管
青光眼	禁用阿托品
有鼾声	气管导管拔除后严密观察呼吸参数
拟送 ICU	病情复杂需要转送 ICU,勿拔除气管导管,加强观察
阳性	感染性疾病阳性患者,医务人员做好自我防护

1.2.4 统计学方法 采用 Excel 及 SPSS19.0 软件进行数据录入和统计学处理,一般资料采用统计描述分析、 χ^2 检验、Fisher 确切概率法、 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组交接漏项发生率比较 见表 2。

表 2 两组交接漏项发生率比较

组别	复苏患者(例)	交接项	交接漏项(%)
对照组	8871	34598	886(2.57)
改进组	10677	42637	71(0.17)
χ^2			894.756
P			0.000

2.2 两组相关问题发生情况 12 个项目中的哮喘、 生情况见表 3。
青光眼、拟送 ICU 3 项两组均未发生问题。另 9 项发

表 3 两组 9 项相关问题发生情况例

组别	困难气道		牙齿松动		血制品未到		肌力弱		凝血异常		过敏体质		病理报告未到		有聾声		阳性	
	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题	例数	发生问题
对照组	110	2	300	3	1200	56	260	47	378	20	17	4	950	3	2900	89	1500	3
观察组	132	0	350	1	1400	8	334	6	433	5	14	1	1142	0	3221	4	1432	0
χ^2	—		0.433		45.135		47.680		11.560		0.533		1.743		88.440		1.244	
P	0.206		0.511		0.000		0.000		0.001		0.457		0.187		0.000		0.265	

3 讨论

3.1 改进提示牌的应用有利于降低复苏患者交接漏项发生率 麻醉复苏室为特殊护理单元,具有患者流量大、周转快、患者病情变化迅速、综合护理要求高等特点。全麻患者入复苏室,除了由巡回护士填写患者信息交接单外,麻醉医生、巡回护士还需要口头交班,这对于患者的病情观察,减少相关并发症尤为重要^[3-4]。使用提示牌,能减少入室时交接遗漏及交接不清,同时减少时间浪费^[5]。因此,我科于 2010 年开始使用提示牌,在一定程度上解决了上述问题。但随着复苏室规模的扩大,患者病情复杂程度增加,初期提示内容无法满足复苏患者的需求。对提示牌进行改进后,增加了种类和交接项目,有效减少了交接漏项发生率($P<0.01$)。提示提示牌的改进与应用有助于避免护士在繁忙的工作中遗忘细节,从而提高护理质量。

3.2 改进提示牌的应用有利于减少复苏室临床问题发生率 随着麻醉复苏老人患者、伴有多种疾病及传染性疾病患者的增多,围术期临床问题发生率增高^[6-8]。改进后的红色提示牌针对复苏室患者护理观察要点设置 12 个观察项目,警醒护理人员关注患者特殊情况,如针对乙肝、梅毒、丙肝、艾滋病等患者进行提示,利于做好隔离护理,同时避免职业暴露;如将以往一般提示的“病理”项目纳入到红色提示牌中,提醒复苏室护理人员在患者病理结果未到之前切勿拔除气管插管,若病理结果为恶性,则可直接至手术间继续手术,避免再次插入气管导管带来的痛苦和增加经济费用。本研究结果证实,改进提示牌的应用有效减少了

复苏室相关问题的发生(见表 3)。

综上所述,本改进提示牌的应用有效降低了复苏室交接漏项发生率和相关问题发生率,有利于保证麻醉复苏室护理工作的质量。改进提示牌体积小、容量大、内容针对性强,具有较强的提示、警醒作用;且制作方法简单,反复应用,经济环保。但是随着数字化医院建设与发展,无纸化办公成为医疗发展趋势,今后将进一步改进,制作更为便捷的智能床头提示牌。

参考文献:

[1] 刘保江,晁储璋. 麻醉护理学[M]. 北京:人民卫生出版社. 2013:257.

[2] Weinger M B, Slagle J M, Kuntz A H, et al. A multimodal intervention improves postanesthesia care unit handovers[J]. Anesth Analg, 2015,121(4):957-971.

[3] Grover A, Duggan E. Chinese whispers in the post anaesthesia care unit (PACU)[J]. Ir Med J,2013,106(8):241-243.

[4] 彭翔,周文. 护理安全隐患提示牌在护理安全管理中的应用[J]. 护理学杂志,2014,29(13):53-54.

[5] 胡可纯,王玉军. 护理提示牌在老年患者住院检查中的应用[J]. 护理学杂志,2009,24(12):94-95.

[6] 杭燕南. 当代麻醉与复苏[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006:312.

[7] 陈慧娣,丁飏. 老年患者全麻手术复苏并发症的护理进展[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(28):3463-3465.

[8] 戚慧珍,葛春雨. 腹部全麻手术后并发症的治疗及护理[J]. 海峡药学,2013,25(4):256-257.

(本文编辑 王菊香)

• 敬告读者 •

《护理学杂志》网上投稿须知

《护理学杂志》网上投稿具体步骤如下:请登陆网站 <http://www.hlzz.com.cn>,点击“护理学杂志”进入本刊首页→点击“作者投稿”→按提示注册(请务必记住用户名或邮箱地址和密码,以便查询稿件处理进度)→用新注册的用户名和密码登陆→点击“作者投稿”进入稿件管理页面→点击“我要投稿”→浏览文件→上传文件→录入稿件标题、关键词等→点击“确定”即可完成投稿。投稿后请交纳审稿费(30 元/篇)以使稿件迅速进入审稿处理流程。

作者自投稿之日起可间隔 7 天左右登陆本刊网站查看稿件处理进度。具体步骤如下:用注册过的用户名或邮箱地址和密码登陆→点击“作者查稿”进入稿件管理页面→点击左侧导航栏里“我的稿件库”→稿件状态显示稿件处理进度→点击“查看”→选择“当前信息”或“全部信息”查看稿件处理过程中的具体信息。

鉴于网上投稿可以使稿件迅速进入审稿流程,以缩短稿件处理周期,请各位作者选择网上投稿。本刊不再接收纸质稿及邮箱投稿。