



儿科



危重症护理学

主编 郑显兰



人民卫生出版社

儿科

危重症护理学

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科危重症护理学/郑显兰主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20238-1

I. ①儿… II. ①郑… III. ①小儿疾病-险症-护理
IV. ①R720.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 020011 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

儿科危重症护理学

主 编: 郑显兰

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 28

字 数: 699 千字

版 次: 2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20238-1/R · 20239

定 价: 66.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

我国自 1982 年开始在全国儿童医疗机构建立儿童重症监护病房以来,儿童重症医学得到迅速发展。2009 年 2 月卫生部办公厅印发关于《重症医学科建设与管理指南》,强调卫生行政部门对重症医学科的建设和管理,并提出对重症医学科医护人员的岗位要求;儿童不是成人的缩影,儿童重症医学也不能照搬成人“重症医学”体系。2010 年 12 月国家卫生部启动国家临床重点专科第一批项目,儿童重症医学被列为儿科唯一参与的亚专科,这无疑是我国儿童重症医学发展史上具有里程碑意义的事件,也预示着我国儿童重症医学以及作为其实践基地和客观主体的儿童重症监护病房(PICU)的建设进入一个崭新阶段。随着护理专业成为一级学科,护士从被动执行医嘱的角色转变为医生的合作伙伴,这对儿童重症医学专科护士的成长和培养提出更大的挑战。现在成人综合医院 ICU 专科护士培训工作在国家级层面已开展,并有相关培训指导用书,但不适合儿科临床护士使用。

重庆医科大学附属儿童医院等国内儿童专科医院得到省市卫生行政部门的支持,已于 2007 年起先后开展 PICU 专科护士培训项目,但配套指导用书的空白现状,难以满足该学科的专科发展和人才培养的急迫需求。为此,由重庆医科大学附属儿童医院和上海复旦大学附属儿科医院的护理同道们携手合作,并得到重症医学科医疗专家的大力支持,共同编写了《儿科危重症护理学》一书。

全书共分三篇二十一章。从临床实用性出发,立足于培养 PICU 专科护士的专业发展核心能力,强调循证科学思维,临床实践中的人文关怀,内容包括各系统疾病危重症患儿治疗护理的基本理论和基本技能,儿科治疗和护理技术的前沿信息,以及与儿童危重症护理有关的整体护理、循证护理、疼痛管理、患儿及家属的心理支持、沟通技巧、临终关怀、重症监护伦理学、重症病房的医院感染管理及职业安全等。此外,该书呈现的儿童重症监护病房的风险管理、质量与安全管理、信息技术等与国际标准接轨。该书可作为儿童危重症护理在岗人员必备用书,以及儿科临床护士、儿科护理学师生和儿科医师的参考用书。

由于编者水平有限,书中不足之处在所难免,恳请各位读者、专家批评指正。

郑显兰

2014 年 10 月于重庆

目 录

第一篇 总 论

第一章 重症监护学概论	3
第一节 重症医学概述	3
第二节 儿科重症监护领域护士的专业素质和能力要求	7
第三节 循证护理学在危重症护理学中的应用	10
第四节 重症监护中的信息技术	13
第五节 重症监护病房护士的心理调适	18
第二章 重症监护病房的医院感染管理及职业安全	26
第一节 重症监护病房的医院感染管理	26
第二节 导管相关血流感染的预防与控制	33
第三节 呼吸机相关性肺炎的预防与控制	36
第四节 新生儿重症监护病房的感染控制及抗生素的应用	40
第五节 医务人员的职业安全	48
第三章 危重症患儿的镇痛镇静管理	54
第一节 危重症患儿疼痛与意识状态的评估	54
第二节 危重症患儿镇痛与镇静的管理	57
第四章 以家庭为中心的护理模式	63
第一节 以家庭为中心的护理模式概述	63
第二节 重症监护环境与患者心理需求	67
第三节 危重症患儿的心理护理	70
第四节 临终关怀	72
第五节 器官捐献的管理程序	75
第六节 儿科危重症监护伦理学	76
第七节 医患关系与沟通	80
第五章 危重症患儿急救药物应用	88
第一节 儿科重症监护病房常用急救药物应用指南	88
第二节 常用急救药物计算公式	94
第六章 危重症患儿营养支持	96
第一节 危重症患儿代谢特点及营养需求	96
第二节 危重症患儿的肠内营养支持	105
第三节 危重症患儿的肠内营养支持进展及应用	110

第四节 危重症患儿的胃肠外营养支持	116
第七章 重症监护病房的护理管理	122
第一节 重症监护病房护理人力资源管理	122
第二节 重症监护病房的护理质量与安全管理	127
第三节 重症监护病房的风险管理	134
第四节 住院患儿压疮的防治管理	143
第五节 重症监护病房的设施设备管理	146

第二篇 各系统疾病危重症患儿的监护

第一章 呼吸系统疾病危重症患儿的监护	153
第一节 儿童呼吸系统解剖生理特点	153
第二节 儿童呼吸困难的识别和处理	156
第三节 儿童急性呼吸衰竭及机械通气	159
第四节 氧气疗法	166
第五节 人工呼吸机监护技术	170
第六节 危重症患儿的呼吸道管理	173
第七节 儿童气道异物急救法	175
第八节 一氧化氮吸入疗法	177
第二章 心血管系统疾病危重症患儿的监护	182
第一节 儿童心血管系统解剖生理病理特点	182
第二节 循环系统血流动力学监测概述	185
第三节 心力衰竭患儿的救护	187
第四节 先天性心脏病患儿术后监护	190
第五节 有创血压监护技术	196
第六节 脉搏指示持续心输出量血流动力学监测	197
第七节 危重症患儿异常心电图的识别	200
第八节 心电监测及除颤技术	213
第九节 心脏起搏技术与监护	215
第十节 体外膜肺氧合技术的监护	219
第三章 神经系统疾病危重症患儿的监护	222
第一节 儿童神经系统解剖生理特点	222
第二节 颅内高压危象患儿的监护	226
第三节 惊厥持续状态患儿的监护	231
第四节 重症肌无力患儿的护理	234
第五节 吉兰-巴雷综合征患儿的监护	237
第六节 癫痫持续状态患儿的急救与监护	241
第七节 重型颅脑损伤患儿的监护	247
第八节 活动度及肌力的评定	248
第九节 危重患儿体位摆放技术	252

第四章 泌尿系统疾病重症患儿的监护	255
第一节 儿童泌尿系统解剖生理特点	255
第二节 急性肾衰竭患儿的监护	258
第三节 儿科腹膜透析治疗	264
第四节 床旁血液净化技术	268
第五章 消化系统疾病危重症患儿的监护	274
第一节 儿童消化系统解剖生理特点	274
第二节 重症手足口病患儿的护理	276
第三节 儿童水电解质代谢紊乱与液体疗法	278
第四节 胃黏膜内 pH 连续监测	290
第五节 腹内压监测	291
第六节 肝移植患儿的术后监护	293
第六章 多脏器功能衰竭概述	297
第七章 休克患儿的监护	304
第一节 休克总论	304
第二节 感染性休克	306
第三节 心源性休克	308
第四节 低血容量性休克	310
第五节 休克患儿的护理	312
第八章 儿童意外伤的救治	316
第一节 急性中毒总论	316
第二节 有机磷农药中毒	318
第三节 亚硝酸盐中毒	320
第四节 毒蕈中毒	322
第五节 蛇咬伤	324
第六节 蜂蜇伤	327
第七节 烫(烧)伤	330
第九章 新生儿重症患儿的监护	335
第一节 新生儿重症监护病房的收治标准	335
第二节 新生儿窒息复苏及监护	339
第三节 新生儿休克	349
第四节 新生儿肺透明膜病及监护	355
第五节 新生儿坏死性小肠结肠炎及监护	359
第六节 新生儿缺氧缺血性脑病的治疗与护理	365
第七节 早产儿管理	368
第八节 新生儿病理性黄疸的治疗与护理	375
第九节 新生儿胎粪吸入综合征的治疗与护理	381

第三篇 儿科危重症监护技术

第一章 儿童心肺脑复苏	389
第一节 儿童心肺脑复苏的基本知识	389

第二节	危重症患儿的抢救配合	393
第三节	亚低温治疗	394
第二章	各类导管的护理	398
第一节	气管插管导管的护理	398
第二节	气管导管内壁清理术	399
第三节	胸腔闭式引流的护理	400
第四节	脑室引流的护理	402
第五节	腹腔引流的护理	403
第六节	胃肠减压的护理	404
第七节	负压封闭引流术	404
第八节	中心静脉导管的护理	406
第九节	新生儿外周静脉置入中心静脉导管的置管及维护	407
第三章	酸碱平衡监测技术	410
第一节	血气分析技术	410
第二节	临床实用血气分析及酸碱失衡判断	411
第四章	深静脉血栓的防治	417
第五章	危重新生儿监护救治技术	420
第一节	新生儿脑功能监护技术	420
第二节	新生儿暖箱、蓝光箱及辐射保暖台的临床应用	426
第三节	新生儿无创正压通气	430
第四节	新生儿外周双管同步换血术	432
参考文献		435

A decorative horizontal line composed of two rows of small dots. A gray circle is positioned in the center of this line, partially overlapping it.

第一篇

总 论

第一章 重症监护学概论

第一节 重症医学概述

一、重症医学的发展史

重症医学(critical care medicine, CCM)雏形可追溯到 20 世纪 60 年代以前,人们已经认识到对外科手术患者实施特别管理的重要性。1863 年,南丁格尔就曾撰文提到专门为术后患者设置“小房间”,这便是重症加强治疗病房(intensive care unit, ICU)的雏形。二次大战中,欧洲各地集中救治创伤及休克患者,形成早期外科 ICU(SICU)。1926 年,Johns Hopkins 医院神经外科主任 Dandy 用 3 张病床,创建美国第一家 ICU。1948—1953 年间,美国、丹麦、瑞典等地脊髓灰质炎大规模流行,促成呼吸治疗单位(respiratory care unit, RCU)建立,是文献报道的第一个专科 ICU。患者在特定的病区内,医生和护士全力以赴提供持续性呼吸支持治疗,使病死率由 80% 降至 40%,此举开创了跨科合作的先例。医学界普遍认为 1952 年脊髓灰质炎在哥本哈根的流行,标志着 ICU 新纪元的开始。1970 年美国危重病医学会(SCCM)作为一个独立的学术团体宣告成立。1982 年欧洲成立了欧洲危重病医学会(European Society of Intensive Care Medicine, ESICM)。北京京煤集团总医院重症监护病房的彭宁安表明,重症医学作为一个新的学科,以及 ICU 作为重症医学主要的实践场所已经成熟,并取得了巩固的学术地位。

在发展中国家,例如在南非和印度,儿科重症医学的起步均晚于新生儿重症监护及新生儿学科的发展。20 世纪 50~60 年代,随着 PCO_2 和 PO_2 监测技术及呼吸机监护技术在南非的应用与发展,一个真正意义上全程监护的重症监护病房于 1974 年成立。印度第一个新生儿重症监护病房(neonatal intensive care unit, NICU)成立于 20 世纪 60 年代的新德里,而在 NICU 成立近 20 年后才在新德里、钦奈、昌迪加尔、孟买、勒克瑙等主要研究中心成立了儿科重症监护病房(pediatric intensive care unit, PICU)。

我国的重症医学发展起步较晚,20 世纪 60~70 年代北京、天津的一些医院创建了“三衰病房”、“集中观察室”等治疗危重病的单元。1982 年北京协和医院外科主任曾宪九教授按国际先进理念,率先成立 ICU。1984 年北京协和医院正式成立第一家独立的医疗科室,拥有 8 张病床。近 20 年来,我国重症医学发展迅速,2003 年的 SARS 让重症监护在国内第一次从幕后走到台前,让更多人开始知道它的存在。2008 和 2009 年汶川-玉树抗震救灾等重大医疗事件,让更多人开始认识它的重要性。2005 年 3 月 18 日,中华医学会重症医学分会成立大会在北京隆重召开。2008 年 7 月 4 日,一个在中国现代医学史上发展了近 30 年,但一直没有“名分”的学科终于被正式纳入国家医学学科管理体系,成为一个与内科、外科等并肩齐立的独立的二级学科,这个学科就是重症医学科,学科号 320.58。我国卫生部门非常重

视危重症医学的发展,已把设立 ICU 列为衡量医院等级的条例内容。卫生部明确要求我国三级和有条件的二级医院均应设立重症医学科,重症医学科属于临床独立学科,直属医院职能部门直接领导。2010 年重症医学进入首批国家临床重点专科建设项目,标志着我国重症医学驶入崭新的历史发展阶段。

二、重症医学的概念

重症医学(CCM)是研究危及生命的疾病状态的发生、发展规律及其诊治方法的临床医学学科。重症加强治疗病房(ICU)是重症医学学科的临床基地,它给因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍危及生命或具有潜在高危因素的患者,及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术,是医院集中监护和救治重症患者的专业科室。ICU 应用先进的诊断、监护和治疗设备与技术,对病情进行连续、动态的定性和定量观察,并通过有效的干预措施,为重症患者提供规范的、高质量的生命支持,改善生存质量。重症患者的生命支持技术水平,直接反映医院的综合救治能力,体现医院整体医疗实力,是现代化医院的重要标志。

三、重症监护

所谓监护,就是对患者生命体征的连续或几乎连续的监测。重症监护,不仅可以提高重症患者的安全性,而且可对干预措施的有效性进行及时的评估。常规监护包括:

(一)基本生命体征监护

主要监护项目包括呼吸、心率、血压、体温、镇静镇痛。

(二)神经系统监护

主要监护神志和精神状态。

(三)呼吸系统监护

自主呼吸时的主要监护项目包括呼吸方式、呼吸频率、呼吸幅度;机械通气时的主要监护项包括实测分钟通气量、实测气道峰压、实测呼吸频率。

(四)循环系统监护

主要监护项目包括有创或无创动脉血压、心电图、中心静脉压、肺动脉及心功能相关参数,还包括尿量等以监测终末器官的灌注状态。

(五)实验室检查

包括血、尿、粪常规,肝肾功能、电解质和血糖测定;凝血功能检查;体液细菌学培养等。

四、重症医学科的主要业务范围

(一)急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全,经过 ICU 的严密监护和加强治疗短期内可能得到康复的患者。

(二)存在各种高危因素,具有潜在生命危险,经过 ICU 严密的监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者。

(三)在慢性器官功能不全的基础上,出现急性加重且危及生命,经过 ICU 的严密监护和治疗可能恢复到原来状态的患者。

(四)慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆性疾病和不能从 ICU 的监护治疗中获得益处的患者,一般不是 ICU 的收治范围。

五、ICU 医务人员专业要求

(一) ICU 医生的专业要求

1. ICU 医生应经过严格的专业理论和技术培训,以胜任对重症患者进行各项监测与治疗的要求。

2. ICU 医生应经过规范化的相关学科轮转培训。

3. ICU 医生必须具备重症医学相关理论知识 掌握重要脏器和系统的相关生理、病理及病理生理学知识、ICU 相关的临床药理学知识和伦理学概念。

4. ICU 医生每年至少参加 1 次省级或省级以上重症医学相关继续医学教育培训项目的学习,不断加强知识更新。

5. ICU 医生应掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的理论与技能 包括①复苏;②休克;③呼吸功能衰竭;④心功能不全、严重心律失常;⑤急性肾功能不全;⑥中枢神经系统功能障碍;⑦严重肝功能障碍;⑧胃肠功能障碍与消化道大出血;⑨急性凝血功能障碍;⑩严重内分泌与代谢紊乱;⑪水电解质与酸碱平衡紊乱;⑫肠内与肠外营养支持;⑬镇静与镇痛;⑭严重感染;⑮多器官功能障碍综合征;⑯免疫功能紊乱。

6. ICU 医生应具备的监护与支持技术能力 ICU 医生除掌握一般临床监护和治疗技术外,应具备独立完成以下监护与支持技术的能力。①心肺复苏术;②人工气道建立与管理;③机械通气技术;④纤维支气管镜技术;⑤深静脉及动脉置管技术;⑥血流动力学监测技术;⑦胸穿、心包穿刺术及胸腔闭式引流术;⑧电复律与心脏除颤术;⑨床旁临时心脏起搏技术;⑩持续血液净化技术;⑪疾病危重程度评估方法。

(二) ICU 护士的专业要求

ICU 护士必须经过严格的专业培训,熟练掌握重症护理基本理论和技能,经过专科考核合格后,才能独立上岗。

六、ICU 的规模

ICU 的病床数量根据医院等级和实际收治患者的需要,一般以该 ICU 服务病床数或医院病床总数的 2%~8% 为宜,可根据实际需要适当增加。从医疗运作角度考虑,每个 ICU 管理单元以 8~12 张床位为宜;床位使用率以 65%~75% 为宜,超过 80% 则表明 ICU 的床位数不能满足医院的临床需要,应该扩大规模。

七、ICU 的人员配备

(一) ICU 专科医生的配备

ICU 专科医生的固定编制人数与床位数之比为 0.8~1:1 以上。ICU 日常工作中可有部分轮科、进修医生。ICU 医生组成应包括高级、中级和初级医生,每个管理单元必须至少配备一名具有高级职称的医生全面负责医疗工作。

(二) ICU 专科护士的配备

ICU 专科护士的固定编制人数与床位数之比为 2.5~3:1 以上。三级医院重症医学科护士长或护理组长应当具备主管护师以上专业技术职务任职资格,二级医院重症医学科护士长或护理组长应当具备护师以上专业技术职务任职资格。

(三) ICU 医疗辅助人员的配备

ICU 可以根据需要配备适当数量的医疗辅助人员,如呼吸治疗师等,有条件的医院可配备相关的技术与维修人员,来保养和维护相关仪器和设备。

八、重症医学面临的主要问题

重症医学被正式纳入二级学科,迅速发展,使更多危重患者的救治成为可能。但是也暴露出专科规模、专科医生、护理队伍、科室管理、基础设施及装备数量、患者收治标准、院内感染、患者住院费用等问题,值得反思。

(一) 对重症医学专业的认识不够

至今对重症医学专业的认识仍不够,很多医院领导曾以为通过购买床边监测仪器、招募护士就可以轻易建成 ICU,其他专科医生常说:“你们危重医学的诊断和救治技术都是从其他科室借用的,危重医学的理论也不过是各医学学科所共有,你们的研究工作在哪儿?”重症医学是研究危重病发生、发展及其预防与治疗的临床学科,是为危及生命的危急重症患者提供高技术、高质量的生命器官支持手段的医学。危重医学不是全科医学,危重医学科医生不是全科医生。危重医学不是送终医学。危重医学病房更不是简单的看护病房,ICU is intensive care unit, but not “I see you”。

(二) 综合 ICU 与专科 ICU 问题

我国 ICU 存在多种模式,一个医院在设计 ICU 的时候,决策权掌握在谁手中(科主任?院长?卫生局长?投资者?),决策者对 ICU 的认识和了解程度以及对资本的运作,决定了其控制的 ICU 的性质和模式,如专科 ICU 或综合 ICU;专科 ICU 往往附属于某一专科,故一般来说对本专科问题有较强的处理能力;综合 ICU 节约人力、物力。建立一个设备完善的 ICU 需要很大的投资,如果每个临床科室均建立一个人员设备完善的专科 ICU,则需要投入极大的人力、物力、财力,不符合目前的经济水平,容易造成重复建设、设备闲置、资源浪费、人力不足。与其建立多个设备不完善的专科 ICU,不如以医院有限的资金重点创建一个高水平的综合 ICU,为各个科室服务。但从危重病医学发展需要来看,这两种形式均不够完善。作为一个独立的专业,目前 ICU 更倾向于向综合性的、全专业化的方向发展。但在起步阶段,如果条件不成熟也不妨先以专科或专科 ICU 作为综合 ICU 的补充。目前国外(尤其是美国)ICU 逐渐向专科 ICU 发展,美国 ICU 发展轨迹是初始专科 ICU-综合 ICU-更高层次的专科 ICU。也许,这也是我国 ICU 的发展方向。

(三) 专科队伍建设问题

重症医学科应拥有一支作风好、技术强的专业队伍。但目前医疗队伍水平差异较大,专职的重症医学人才短缺,其业务方向往往取决于原来的专业。目前的重症医学科尚没有具备适应重症医学发展的教学培训基地。PICU 专科护士培训基地在部分省市也陆续建立,但还没有得到国家卫生计生委(卫生部)或中华护理学会批准、认可的 PICU 专科护士培训基地。专职 ICU 护士数量不足,人力资源紧缺,人力结构配置不合理,大量医护人员没有经过 ICU 专业知识的培训,只能在工作实践中边学边用。重症医学科的特殊医疗环境,在精神上给她们造成负担,频繁倒夜班,容易造成身心疲惫,也使从业人员大量流失。据统计近 10 年来我国儿科 ICU 专业医生数:床位数比不足 0.5:1,专业护士数:床位数不足 1.7:1,远低于指南要求,反映出专业发展快,但医护人员配置未进行相应调整,专业人员严重匮乏的现状。

(四) 科室管理

重症医学科因医生配备模式的差异而有多种形式。国内 ICU 管理模式分为三种,即开放式、封闭式及半封闭式(ICU 医生和原专科医生共同承担治疗)。开放式管理:ICU 没有或只有少数医生,患者的处理基本由原专科医生决定,ICU 在这种模式中仅发挥了看护作用。封闭式管理:由于重症医学科与各专科 ICU 往往在处理患者时会有重要的区别之处,如果不能很好地与其他各专科沟通,达成共识,一旦患者预后不良时,很容易导致各专科对重症医学科的不满和不信任,从而失去病源。半封闭式管理:把 ICU 的优势和专业医生的经验有机地结合在一起,对患者的管理更加到位。同时,也可以加强 ICU 与专科之间的关系,增强专科医生的责任心,并可以大大减少医疗纠纷。ICU 究竟应该采用哪种管理模式,应根据具体情况决定。但不管采用哪种管理模式,ICU 医护人员都应该谨慎工作,一切按操作规程办事,遇有难以处理的专业问题,应该及时请专科医生会诊,协助处理,切忌盲目自大,主观臆断,否则容易导致严重后果。

(五) 患者收治标准

目前,有些重症医学科收治标准较乱。有的过于宽松,结果重症医学科变成各科室的缓冲室,专科职能消失,变成了特护病房;有的过于严格,限制了各专科危重患者入住重症医学科的通畅性,由此,一方面引起了各专科的不满;另一方面也导致患者失去了早期干预的机会,而使病死率上升。有的医院嫌转出转入手续繁杂,怕患者病情反复,都不同程度地存在着重症医学科患者的转出不通畅问题,重症医学科声望不高,医院支持力度不大,与兄弟科室关系不顺,不愿意把患者送到重症医学科,使重症医学科缺乏病源。如何改善这一不良状况?一是靠行政干预;二是重症医学科要努力解决兄弟科室不能解决的问题,做兄弟科室坚强的后盾,从被动转运到主动转运。

(六) 生命伦理学挑战

重症医学发展过程中面临许多生命伦理学挑战,如资源的伦理挑战、疗效的伦理挑战、费用的伦理挑战、技术的伦理挑战、终止和不进行治疗的伦理挑战。ICU 的构建也应体现以人为本的观念,陪伴问题,隐私问题,心理治疗,无痛性医院,无异味医院,宾馆式的礼仪和服务等。

重症医学科是一个新兴学科,是一个正在发展中的学科。我们相信随着越来越多的医学院校危重症医学专业的设立,将有越来越多的专门从事重症医学的人员毕业;此外,伴随重症医学会的成立,一些专业规范和指导原则将陆续出台,将使重症医学在规范化、正规化的道路上取得更大的进步和发展。

(许 峰)

第二节 儿科重症监护领域护士的专业素质和能力要求

近年来,儿科危重症监护发展迅速,儿科重症监护领域对护士的要求也逐渐提高。这不仅要求护士能够为危重和易受侵害的婴儿和儿童提供精心护理,而且要求护士能协调高素质的“以家庭为中心的护理”专业团队的工作。儿科危重症监护领域的护士主要包括为患儿提供直接护理的临床护士,促进护理质量改进的护理管理者,促进护士能力持续改进和专业发展的临床护理专家。各个国家也对从事儿科危重症监护领域的护士做出要求,从这些要求中可将儿科重症监护护士所必备的素质和能力要求归纳如下。

一、临床判断能力

临床判断能力要求护士能整合复杂的临床问题,掌握疾病发展轨迹和危重症患儿的各种反应。新护士往往只关注患者或环境等单一问题,而随着能力不断提高,临床护理专家能评估患者需求,预测疾病发展和疾病预后。随着重症监护病房里大量高技术监护设备的应用,护士可以早期发现患者的病情变化,从而促使医护人员及时采取有效的措施,抢救患者生命,但同时也容易导致医护人员对技术设备的过分依赖,一旦盲目依靠仪器提供的信息,而当这些信息与患者的临床症状相异时就会导致错误的处理而延误病情。因此临床判断能力是重症监护病房护士必备的能力和衡量护士心理素质的一个重要标志。

重症监护病房护士应把观察病情作为每天重点工作之一,要有意识地捕捉患者病情演变,动态掌握疾病过程,及时反馈,从容应对复杂局面。脑出血患者出现脑疝前,如护士及时发现患者出现血压升高、脉搏呼吸减慢或不规则等脑疝征兆,通知医生采取恰当措施,则有可能挽救患者的生命。

二、临床研究能力

在过去的几十年,护理学科发生了巨大的变化,如开展以“患者为中心”的整体护理,用批判性思维寻求最佳护理行为,实施全面护理质量改进程序,以最低的成本提供最优质的服务等;同时循证护理学的发展使得临床实践和健康服务相关的护理研究论文也显著增多。这些变化要求护士能够针对具体患者提出临床问题,针对问题高效率收集解决问题的最佳研究依据;严格评价研究依据的真实性和可行性;将研究结果用于指导具体患者的处理;对开展的临床实践做出效果评价。这不仅仅要会搜索、阅读相关文献,还必须学会如何追踪和鉴别文献,寻找应用于临床的实证。

护士可以从两个方面进行临床研究:一方面可以通过收集与评价文献,提供最佳证据。如收集各种护理专业杂志的临床科研类文章,建立数据库,参与循证系统评价,定时更新和提供临床科研证据;另一方面,正确、客观、结合实际地应用证据,针对临床的实际护理问题,恰当应用实证来帮助分析问题,做出最佳的护理决策。不论是提供证据或应用证据,护士都应学会在工作中应用临床研究方法,提高自身的科研意识和能力。

儿科重症监护护士不但应打好专业基础,还应主动学习新技术、新理论,以适应社会的发展。此外,积极钻研、促进护理知识的推广及发展也是儿科重症监护病房护士的重要职责。

三、临床实践能力

扎实的实践操作技能是确保各项治疗与护理工作顺利实施的重要条件之一。娴熟的护理技术往往为挽救患者生命赢得宝贵时间。重症监护病房收治的患者均需严密监测各项生命指征,因此护士要掌握各种监护仪器的使用、监测参数和图像的分析及其临床意义,如各类心电监护仪、除颤仪、人工呼吸机的熟练应用以及心肺复苏技能等,同时严格掌握急救药品的用法、用量、副作用;严格按照护理常规办事,操作准确无误,动作协调、稳妥、干净利落,用较少的时间高质量地完成操作任务,从而保证在抢救过程中做到胸有成竹、稳妥有序。

四、沟通能力

陌生的住院环境和陌生人给患儿制造了一种说不出的恐惧感,他们离开家人后常感到孤独,没有安全感,这种状况极不利于疾病康复。许多重症监护病房都有严格的探视制度,禁止患儿家属进入监护室,同时一些监护室护士不愿意从传统的“以疾病为中心的护理”模式转变到“以家庭为中心的护理”模式,她们仍然将患儿看作从家庭中分割出来的单独的个体。她们认为,家庭成员过多地进入监护室探视患儿可能会加重患儿的疼痛和紧张焦虑情绪,影响自己的操作,增加院内感染风险。加上儿童自身特点,容易使得护士缺乏沟通能力,特别是与患儿的沟通。

研究指出紧张的情绪可使患儿血中的儿茶酚胺浓度升高,从而导致血压升高、心率增快。此外焦虑的心情会影响儿童胃肠道功能和睡眠,对疾病的发生、发展、病程、预后均起到不良的作用。面部表情、姿态、手势、动作、抚摸等是与儿童进行的无声交流,同样是一种重要的沟通手段。对于婴幼儿来说,抚摸则是更有效的沟通形式,是婴幼儿的一种特殊天性需要,它不能以食物来代替。

此外,护士应该把患者的各种信息及时反馈给家属,并把家属对患者的关切恰如其分地转达给患者,起到桥梁和纽带的作用,以微笑面对患者和家属,以减轻患者和家属的恐惧感和孤独感,增强患者战胜疾病的信心。在向患者家属了解病情、交代配合事宜时,要用礼貌性语言,针对患者的具体问题给予安抚性语言,正确应用倾听、触摸、空间效应、引导交流的技巧,以提高沟通效果,并做到尊重患儿家长、主动热情、适时应答、计划周详、目的明确。以诚挚温和的态度与患儿家长接触,使他们产生信任感,从而进行双向交流,共同建立一种指导、合作、信任的护-患-家长关系。

五、合作能力

重症监护病房工作是一种连续性群体性工作,合作精神随处可见。工作是群体协作的活动,不仅需要精湛的技术,还需要默契合作,如在心肺复苏的抢救中,胸外心脏按压、清理呼吸道、气管内插管、心电监护、除颤仪的使用及记录用药等环节都必须互相配合、紧密衔接、环环相扣。全体医护人员要齐心协力,有高度的团队合作意识,才能为患儿提供高质量的医疗护理服务。此外,儿科重症监护病房涉及多学科合作,与他人配合和沟通是抢救成功的关键。

六、身体及心理素质

重症监护病房的护士值夜班勤,工作琐碎,抢救任务重,随时出现抢救高峰,需加班加点。因此护士必须具备健康的身体,合理调节工作与生活的关系,以积极、平稳的心理状态适应工作。工作中迅速进入角色,不把个人、生活、家庭的烦恼迁怒于患者,在紧张工作中保持最佳状态,遇事不乱、沉着稳重、优化自己的性格,给患者以温馨和信任,提高护理效果。

此外,儿科重症监护病房护士应具有健康的心理以及沉着、稳重、乐观的性格。儿科重症监护病房的工作繁琐而忙碌,护士每时每刻都处于紧张状态,体力和精力消耗很大。为此,护士不仅要学会认识自我,调节和控制自我情绪,表达自我,还要能理解他人,尤其是正确处理好与医生、患儿家属的关系。

儿科重症监护护理专业化发展程度越来越高,儿童监护室护士对儿童健康起到了关键