

文献复习[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(2): 97-99.

27 Piraka C, Shah RJ, Fukami N, et al. EUS-guided transesophageal, transgastric, and transcolonic drainage of intra-abdominal fluid collections and abscesses [J]. *Gastrointest Endosc*, 2009, 70(4): 786-792.

28 Shami VM, Talreja JP, Mahajan A, et al. EUS-guided drainage of bilomas: a new alternative? [J]. *Gastrointest Endosc*, 2008, 67(1): 136-140.

29 洪剑, 王晓野, 黄沁, 等. 经皮穿刺治疗巨大胆汁瘤一例[J]. *放射学实践*, 2009, 24(6): 645.

30 朱明德, 高永坤, 高崇博, 等. 胆汁瘤 α -氰基丙烯酸正丁酯封堵 1 例[J]. *介入放射学杂志*, 2017, 26(5): 425-426.

31 张志超, 胡文秀, 赵海平. 肝包膜下胆汁瘤 1 例报道并文献复习[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2014, 21(6): 761-763.

32 黄龙, 黄强. 胆道损伤的修复时机及治疗方式探讨[J]. *中华普通外科杂志*, 2013, 28(5): 400-401.

33 寇桂香, 柴琛. 医源性胆管损伤的临床诊治进展[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2014, 21(10): 1321-1324.

[收稿日期 2018-10-25][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

护理研讨

“互联网 + 分级护理”模式在心脏瓣膜置换患者预防下肢深静脉血栓形成中的应用

韦靖, 杨红叶, 何静, 梁芳, 韦敏顿

基金项目: 广西科技攻关项目(编号:桂科攻 15277011); 广西卫健委科研课题(编号:Z201703843, Z20180749)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院心血管胸部外科

作者简介: 韦靖(1972-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任护师, 研究方向: 护理管理。E-mail: 1716738103@qq.com

通讯作者: 杨红叶(1959-), 女, 大学本科, 学士学位, 主任护师, 研究方向: 护理管理。E-mail: yhy0523@163.com

[摘要] **目的** 探讨“互联网 + 分级护理”模式在心脏瓣膜置换患者预防下肢深静脉血栓形成中的应用效果。**方法** 选取 2017-01 ~ 2017-12 在广西壮族自治区人民医院心血管胸部外科行心脏瓣膜置换术的 120 例患者为研究对象。按照研究对象入院先后顺序将前 60 例患者纳入对照组, 后 60 例患者纳入观察组。对照组接受常规护理措施, 观察组接受“互联网 + 分级护理”模式护理干预, 比较两组患者的深静脉血栓形成知识认知得分、下肢功能锻炼依从性得分及深静脉血栓发生率。**结果** 观察组患者深静脉血栓形成知识的认知得分和下肢功能锻炼依从性得分高于对照组, 深静脉血栓发生率低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** “互联网 + 分级护理”模式能提高心脏瓣膜置换术患者关于深静脉血栓形成知识的认知和下肢功能锻炼依从性, 降低深静脉血栓发生率, 值得在临床上推广应用。

[关键词] 互联网; 分级护理; 深静脉血栓; 瓣膜置换

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2019)07-0794-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.07.25

下肢深静脉血栓(deep venous thrombosis, DVT)是指血液在下肢深静脉内不正常凝结, 阻塞静脉管腔, 导致静脉回流障碍^[1], 是外科手术后最常见的并发症之一, 未采取任何预防措施的住院患者 DVT 的发生率达 10% ~ 40%, 且发病率逐年上升^[2]。血栓的形成不仅会影响患者术后恢复, 一旦血栓脱落还可能引起肺栓塞甚至会危及生命。调查研究显示^[3], 目前国内各级医院对预防 DVT 的重视程度都很高, 护士对 DVT 的预防工作也持积极态度, 但由

于缺乏统一规范的 DVT 评估与预防指南, 护理工作开展并不理想。《中国普通外科围手术期血栓预防与管理指南》^[4]建议对所有普通外科围手术期患者进行 DVT 风险评估与分级, 并采取相应的预防措施, 但这并不完全适用于心脏瓣膜置换术患者, 且指南侧重于医疗方面, 护理措施并不详细。“互联网 +”模式已广泛应用于医院护理工作中, 特别是在延续护理^[5,6]及社区护理^[7]领域, 而在住院患者中应用的报道鲜见。对住院患者进行健康指导仍以护士口

头宣教为主。如何早期发现心脏瓣膜置换术高危患者,针对不同发病风险的患者积极采取相应的预防措施,促进患者采取健康行为是现阶段护理工作的难点。本研究通过制定心脏瓣膜置换患者静脉血栓风险评估表将心脏瓣膜置换术患者进行分级,并借助“互联网+”模式对患者采取相应预防措施,效果满意,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2017-01~2017-12在广西壮族自治区人民医院心血管胸部外科行心脏瓣膜置换术的120例患者为研究对象。按照研究对象入院先

后顺序将前63例患者纳入对照组,后65例患者纳入观察组。纳入标准:(1)年龄≥18岁;(2)意识清楚,无沟通障碍并自愿参与本研究;(3)诊断符合心脏瓣膜置换手术适应证。排除标准:(1)患有严重的神经系统疾病;(2)放弃手术治疗;(3)患者死亡。对照组有3例患者中途退出,观察组有2例患者死亡,1例患者放弃手术,2例患者退出研究,最终每组各60例患者纳入研究。两组患者在性别、年龄、手术种类、文化程度、术前及术后DVT形成危险分级等方面的比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组基线资料比较[($\bar{x} \pm s$), n]

组别	例数	性别		年龄(岁)	手术种类			文化程度			术前DVT形成危险分级				术后DVT形成危险分级				
		男	女		二尖瓣置换	主动脉瓣置换	双瓣置换	小学及以下	初中	高中/专科	本科及以上	低危	中危	高危	极高危	低危	中危	高危	极高危
观察组	60	31	29	55.97 ± 8.89	18	25	17	25	25	9	1	3	35	19	3	0	9	30	21
对照组	60	29	31	58.73 ± 8.66	20	28	12	28	20	12	0	5	32	22	1	0	8	32	20
$\chi^2/t/Z$	-	0.133		1.723	1.137			0.261			0.195				0.035				
P	-	0.715		0.087	0.566			0.794			0.845				0.972				

1.2 护理干预方法 两组患者术后6h均给予肝素抗凝治疗。对照组在手术后由护士对患者进行DVT相关知识和预防的宣教,采取的预防措施由医生决定并开出医嘱,护士再根据医嘱执行。观察组在对照组护理干预的基础上实行“互联网+分级护理”模式的护理干预,具体干预措施如下。

1.2.1 制定心脏瓣膜置换患者静脉血栓风险评估表 成立静脉血栓风险评估小组,科室主任担任组长,护士长、医生代表及高年资护士为组员。查阅文

献,借鉴詹燕等^[8]研制的《外科手术病人术后静脉血栓风险评估表》,结合科室的实际情况进行适当修改,制定心脏瓣膜置换患者静脉血栓风险评估表及不同分级的护理预防方案。对科室全体护士进行培训,内容包括DVT的概念、危害、诊断、临床表现、病因及危险因素、评估表的使用方法、预防措施的实施方法等,并进行考试考核,全体护士均合格后方可开始护理干预。心脏瓣膜置换患者静脉血栓风险评估见表2。

表2 心脏瓣膜置换患者静脉血栓风险评估

项目	内容及评分情况
一般情况	年龄:50~59岁(1分),60~69岁(2分),≥70岁(3分),BMI > 25 kg/m ² (2分),吸烟(1分)
手术时间	手术时间: <3h(1分), <5h(2分), >5h(3分)
术后卧床时间	24~48h(1分), 48~72h(2分), ≥72h(3分)
基础疾病	高血压(1分),冠心病(1分),血液病(1分),恶性肿瘤(2分),静脉曲张(2分),糖尿病(2分),高脂血症(2分),脑卒中(3分),遗传性抗凝血因子缺乏(3分),蛋白C/蛋白S缺乏症(3分),多发创伤(3分)
深静脉置管	颈内/锁骨下静脉置管(1分),股静脉置管(2分),下肢输液(1分),PICC置管(1分)
深静脉置管时间	24~48h(1分), 48~72h(2分), ≥72h(3分)
既往史	支架植入(2分),血栓病史(3分),脑梗死病史(3分),心肌梗死病史(2分),房颤病史(3分),大手术史(2分),严重外伤史(2分)
用药情况	化疗药(1分),激素(1分),止血药(2分),高渗脱水药(2分) 避孕药(2分)
凝血功能异常	凝血酶原时间缩短(3分),国际标准化比值低(3分),活化凝血酶时间缩短(3分),纤维蛋白原增加(3分),D-二聚体阳性(3分)
治疗期间输血	是(1分)
最高29分;轻度危险:0~4分;中度危险:5~8分;高度危险:9~12分;极度危险:>12分	
评估结果	病人的术后静脉血栓风险总分: ,属 度危险,评估人: 评估日期:

1.2.2 制作微信小程序 根据《中国普通外科围手术期血栓预防与管理指南》^[4],将 DVT 的基本知识(概念、危害)、生活习惯对 DVT 形成的影响(饮食指导、戒烟限酒)、症状观察、药物预防、物理预防措施、功能锻炼、各阶段配合方法等归纳整理,以图片及视频形式制作成微信小程序,号召科室全体人员关注及宣传,并打印微信小程序二维码放置于护士站处,在患者入院时教会住院患者及家属小程序的使用方法。工作中结合微信小程序与科室发放的健康手册对患者进行健康宣教,帮助患者提高对 DVT 的认识,培养健康行为。

1.2.3 实施方法 患者入院第 1 天即由护士根据心脏瓣膜置换患者静脉血栓风险评估表对患者进行评估分级,当天向患者讲解 DVT 的概念、危害、生活习惯对 DVT 形成的影响、饮食指导、戒烟限酒、功能锻炼等内容,通过微信小程序中的图片和小视频以加深患者的理解与记忆,提高患者对 DVT 的重视程度。术前让患者观看小程序中关于功能锻炼的小视频,并教会患者双下肢及足踝主动运动的方法。有中度及中度以上风险的患者术前穿抗血栓弹力袜,应用小程序视频让患者了解使用抗血栓弹力袜的方法及必要性。术后当天再次对患者进行风险评估,根据不同的风险分级实行不同的护理预防方案。(1)轻度危险患者:待患者生命征平稳后由护士帮助患者进行双下肢及足踝的被动运动,按踝关节、膝关节、髌关节顺序分别作屈、伸、抬高动作,患者清醒后鼓励其在床上进行主动运动,每日 7:00、12:00、17:00、22:00 进行,每次 5 min^[9]。(2)中度危险患者:在(1)的基础上,增加术后卧床期间穿抗血栓弹力袜的措施。(3)高度危险患者:在(2)的基础上,鼓励患者早期下床活动、按床边站立、转移到椅子上、扶床行走顺序进行;运动前进行热身运动,包括踏步 10~15 次,踮脚尖 10~15 次;上午 9:00 及下午 17:00 各 1 次,10 min/次。(4)极度危险患者:在(3)的基础上,在术后当天生命征平稳后开始使用间歇充气压力泵,1 次/d。

1.3 观察指标

1.3.1 患者对 DVT 形成知识的认知情况 自行设计 DVT 形成知识的认知情况调查问卷,内容包括 DVT 的病因、症状、危害、致病高危因素、并发症、弹力袜的使用、下肢功能锻炼、抗凝药物知识等,共 13 个条目,知晓记 1 分,不知晓记 0 分,总分 13 分,分值越高认知情况越好。在患者入院当天及出院时发放,由患者自行填写并当场收回。问卷回收率为 100%。

1.3.2 患者功能锻炼依从性 参照芦凤娟^[10]编制的乳腺癌术后功能锻炼依从性量表,设计瓣膜置换患者功能锻炼依从性问卷。问卷包括 2 个维度:身体锻炼依从(7 个条目)和主动寻求建议依从(4 个条目)。条目采用 Likert4 级计分方法,1 分为根本做不到,2 分为偶尔做得到,3 分为基本做得到,4 分为完全做得到。各条目得分相加为量表总分,总分为 44 分,分数越高患者功能锻炼依从性越高。根据患者依从率[(依从性实际得分/依从性理论最高分)×100%],将依从性分为 3 个等级:高(>75%),中(50%~75%),低(<50%)。

1.3.3 DVT 发生率 住院期间每天对患者双下肢进行检查,询问患者主诉,评估是否有肢体肿胀、疼痛、感觉异常、皮温高等症状,若出现以上症状立即行多普勒超声(全数字化彩色多普勒超声诊断系统,美国 GE 公司,型号 LOGIQE9/GE)检查以确诊。

1.4 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件对数据进行处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用秩和检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 DVT 形成知识的认知得分比较 两组在出院时 DVT 形成知识的认知得分均高于入院时,而观察组又高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组 DVT 形成知识的认知得分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	入院时	出院时
观察组	60	2.71 ± 0.64	12.16 ± 0.76*
对照组	60	2.83 ± 0.76	8.05 ± 0.83*
<i>t</i>	-	0.936	28.289
<i>P</i>	-	0.351	0.000

注:与同组入院时比较,**P* < 0.05

2.2 两组下肢功能锻炼依从性得分及依从率比较 观察组患者在身体锻炼依从及主动寻求建议依从两个维度得分均高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。观察组依从性高的患者占比为 83.33%,高于对照组(10.00%),差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 4、5。

表 4 两组下肢功能锻炼依从性各维度得分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	身体锻炼依从性	主动寻求建议依从性	总分
观察组	60	21.32 ± 3.22	14.38 ± 0.90	35.53 ± 3.32
对照组	60	18.60 ± 3.99	7.97 ± 1.93	26.56 ± 4.96
<i>t</i>	-	4.109	23.316	11.641
<i>P</i>	-	0.000	0.000	0.000

表5 两组下肢功能锻炼依从性等级比较(n)

组别	例数	低	中	高
观察组	60	0	10	50
对照组	60	9	45	6

注: $Z=8.001, P=0.000$

2.3 两组 DVT 发生率比较 观察组 DVT 发生率为 1.67% (1/60), 对照组为 13.33% (8/60), 观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.324, P=0.038$)。

3 讨论

3.1 “互联网 + 分级护理”模式能提高患者 DVT 形成知识的认知得分 本研究结果显示, 以往的健康教育模式在提高患者 DVT 形成知识的认知效果不理想, 对照组对 DVT 形成知识的认知处于中下水平, 与以往报道^[11]基本一致。传统健康教育的效果受多种因素的影响: (1) 护士知识结构不一; (2) 健康教育内容不规范、不统一、没有针对性; (3) 患者文化水平不一, 对健康教育手册内容理解程度不同; (4) 受时间、地点限制等。从表 1 可看出, 本研究中 81.67% 的研究对象只具备初中及以下教育水平, 对文字形式的健康教育手册内容可能难以理解。“互联网 + 分级护理”模式采用图片加小视频的方式将 DVT 的相关知识制作成微信小程序, 使护士和患者从固定的时间和地点中解放出来, 患者可随时随地打开微信小程序自行观看学习, 护士再针对患者不理解之处加以解释, 可提高患者对相关知识的理解及加深记忆。护士根据患者的评估分级, 参照各级的护理措施对患者进行个性化的教育, 既能提高教育的质量, 又能增进护患沟通。本研究结果显示, 采用“互联网 + 分级护理”模式, 观察组出院时对 DVT 形成知识的认知得分高于对照组。

3.2 “互联网 + 分级护理”模式能提高患者下肢功能锻炼依从性 本研究结果显示, 实施“互联网 + 分级护理”模式的观察组患者在身体锻炼依从性及主动寻求建议依从两个维度得分均高于对照组, 观察组依从性高的患者占比为 83.33%, 高于对照组 ($P < 0.05$)。提示“互联网 + 分级护理”模式能提高患者下肢功能锻炼依从性。周阳等^[12]研究也证实, 基于网络平台的多媒体教育能提高患者术后依从性。传统的护理健康教育主要是通过灌输式或说服式的方式, 很难引起患者的共鸣。由于心脏瓣膜置换手术创伤大, 受以往观念的影响, 患者及家属普遍认为卧床休息更有助于身体的恢复, 因而导致患者的依从性不高, 另外伤口的疼痛也使患者很少能进行主动

的下肢功能锻炼^[13]。采用“互联网 + 分级护理”模式, 护士通过微信小程序以图文的形式向患者讲解 DVT 的危害, 告知患者静脉血栓风险评估等级、自我症状监测办法及预防措施, 以提高患者对下肢功能锻炼的重视, 在干预实施过程中及时帮助患者解决存在的问题和困难, 根据患者的活动能力及活动需求制定个体化的活动计划, 促使患者将被动的“依从”转化为主动的“从医”^[14], 以更积极的态度配合护理工作。

3.3 “互联网 + 分级护理”模式能降低患者 DVT 发生率 血流缓慢、血管内膜损伤、血液处于高凝状态是 DVT 形成的三大因素^[15]。心脏外科手术易造成血管内膜损伤, 慢性心力衰竭会导致患者出现血流动力学异常, 从而导致血及纤溶系统失平稳而使患者血液进入高凝状态^[16], 术后长期卧床会导致血流缓慢, 使心脏瓣膜置换术患者成为 DVT 形成的高风险人群。张萍^[17]研究认为健康教育不是单纯的说教, 而是强调患者主动参与意识, 重视将知识转化为有益于健康的行为。高春红等^[18]研究表明, 知信行模式可有效提高患者的自护能力及治疗依从性。本研究采用“互联网 + 分级护理”模式可提高患者对 DVT 知识的认知水平, 帮助患者建立积极的信念与态度, 护理人员根据风险评估表对患者进行 DVT 风险筛查, 并向患者提供了一系列安全有效的护理措施, 既有效地预防了 DVT 的发生, 又使护理工作能够分层次、合理有效地进行。

综上所述, “互联网 + 分级护理”模式在瓣膜置换患者预防 DVT 形成中具有良好的应用效果, 能够有效提高患者对相关知识的认知水平, 提高患者依从性, 降低 DVT 发生率, 值得推广。

参考文献

- 1 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 617-620.
- 2 Bahl V, Hu HM, Henke PK, et al. A validation study of a retrospective venous thromboembolism risk scoring method[J]. Ann Surg, 2010, 251(2): 344-350.
- 3 徐园, 杨旭, 王晓杰, 等. 国内深静脉血栓预防护理现状的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(10): 1222-1225.
- 4 中华医学会外科学分会. 中国普通外科手术期血栓预防与管理指南[J]. 中华外科杂志, 2016, 54(5): 321-327.
- 5 李帆, 孙鸿燕, 官莉, 等. 延续护理 APP 的设计与应用研究[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(18): 1642-1644.
- 6 朱劲松. 互联网 + 医疗模式: 内涵与系统架构[J]. 中国医院管理, 2016, 36(1): 38-40.
- 7 高寅已, 于卫华, 罗在琼, 等. 互联网 + 四元联动延续护理整合照

护模式的实践探索[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(23): 145 - 147.

8 詹燕, 库洪安. 外科手术病人术后下肢深静脉血栓形成风险评估表的研制[J]. 护理研究, 2015, 29(1): 189 - 191.

9 库洪安, 王建荣, 崔伯艳, 等. 下肢活动时间对老年前列腺术后患者股静脉血流速度的影响[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(12): 899 - 901.

10 芦凤娟. 乳腺癌术后患者院外功能锻炼依从性及其影响因素的研究[D]. 广州: 中山大学, 2008.

11 李丽慧, 韩雪, 周燕. 胸外科肿瘤手术患者深静脉血栓认知状况的调查分析[J]. 上海护理, 2015, 15(6): 35 - 37.

12 周阳, 杨土保, 李映兰, 等. 基于互联网平台的髋关节置换患者健康教育行为依从性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(15): 2079 - 2085.

13 邱萍萍, 康明强, 李伟. 肺癌术后患者康复锻炼依从性与疲乏、

疼痛的相关性研究[J]. 护理学杂志, 2014, 29(2): 21 - 23.

14 冯鑫, 刘均娥, 付凤齐. 泌尿外科老年患者术后下肢活动依从性的行动研究[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(9): 779 - 782.

15 王晓猛, 牛映祯, 纪刚, 等. 《中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南》的解读[J]. 中华骨科杂志, 2017, 37(10): 636 - 640.

16 李艳华, 罗祖军, 王强. 血清 P I P、P III P、D-二聚体及 cTnI 水平与慢性心力衰竭的相关性研究[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(2): 176 - 177.

17 张萍. 维持性血液透析患者自我管理现状及应用研究进展[J]. 甘肃医药, 2015, 34(9): 666 - 669.

18 高春红, 梅克文, 胡晓琳. 知行信模式对老年高血压患者自护能力及疾病认知水平的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(14): 1867 - 1871.

[收稿日期 2019-01-10][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

护理研讨

思维导图在防范临床护士给药错误中的应用

陆婧, 王小玲

作者单位: 532300 广西, 大新县人民医院护理部

作者简介: 陆婧(1970-), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任护师, 研究方向: 护理管理。E-mail: lujing626@163.com

通讯作者: 王小玲(1966-), 女, 大学本科, 副主任护师, 研究方向: 护理管理。E-mail: wxl20110808@163.com

[摘要] **目的** 观察思维导图在防范临床护士给药错误中的应用效果, 为护士防范给药错误提供安全指引。**方法** 对该院 2016-06 ~ 2017-05 发生的给药错误事件进行原因分析, 并将拟定的对策绘制成给药错误风险防范思维导图, 对临床科室护理人员进行集中培训, 使护士全面了解给药错误的原因及其防范措施。在对护理人员进行思维导图培训前及该思维导图应用后第 3 个月, 对护理人员进行关于给药错误原因及防范措施的考核, 并比较该思维导图应用前后 1 年内(2016-06 ~ 2017-05 和 2017-09 ~ 2018-08) 护理人员给药错误发生率。**结果** 应用给药错误风险防范思维导图 3 个月后 235 名护理人员理论考核得分均高于应用前, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。应用该思维导图后 1 年内(2017-09 ~ 2018-08) 的给药错误发生率(0.05%)较应用前 1 年(0.15%)降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 给药错误风险防范思维导图可有效提高护士对给药错误风险的认知并加强防范, 增强护士落实防范措施的执行力, 降低给药错误的发生率。

[关键词] 护理管理; 不良事件; 给药错误; 思维导图

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674 - 3806(2019)07 - 0798 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2019.07.26

药物治疗是临床医疗工作中重要组成部分, 用药安全是医疗质量的重要指标, 也是一个全球性议题, 用药安全的目的是要减少给药错误的发生^[1]。护士是药物治疗的实施者和管理者, 及时准确使用药物, 并对药物治疗进行全程的安全管理, 是护士的重要职责之一, 也是确保护理安全的重要环节^[2]。因此, 如何确保正确给药, 减少给药过程中差错的发

生, 是护理管理中的重要问题^[3]。思维导图是英国著名心理学家 Tony Buzan 基于对人脑的模拟, 为突出思维内容的重心和层次而发明的^[4], 思维导图的核心思想就是把形象思维和逻辑思维结合起来, 充分运用左右脑的功能, 运用图文并茂的技巧, 开启人类大脑的无限潜能, 从而提高创新和记忆能力^[4]。目前, 国内的思维导图在护理中的应用主要集中在