

续,使糖尿病及相关知识普及,患者了解糖尿病及降糖药物,正确的认识糖尿病的治疗方法。结果显示观察组糖尿病知识掌握 92.65% 高于对照组的 66.25% ($P < 0.05$); 随访(8.23 ± 2.11)个月,观察组空腹血糖、餐后血糖、糖化血红蛋白低于对照组、治疗依从性好高于对照组 ($P < 0.05$); 延续性护理干预有利于建立良好的护患关系,观察组护理满意(97.50%) 高于对照组的 87.50% ($P < 0.05$)。

综上所述,开展糖尿病的延续性护理干预工作,不能仅局限在医院,而应伸展到社区和家庭,使患者出院后还能得到医院的服务,是对患者持续支持;可以帮助患者自我护理,达到更好地控制疾病的目的,提高糖尿病患者用药依从性,从而有效控制血糖水平,提高其生存质量,提高护理满意程度。因此,医院应迎合需求,加强糖尿病延续服务制度的建立,帮助糖尿病患者出院后更好的控制病情。

参考文献

- [1] 朱红云,金艳.糖尿病患者药物治疗遵医行为影响因素分析[J].江苏卫生保健,2012,14(5):53-54.
- [2] 程捷,万斌,李雯霞,等.影响 2 型糖尿病患者血糖监测依从性相关因素调查分析[J].护士进修杂志,2012,27

(18):1654-1655.

- [3] 从继妍,邢秋玲,赵岳.2 型糖尿病患者疾病不确定感与自我保护行为的相关性研究[J].中华护理杂志,2011,46(7):704-706.
- [4] 陈燕情,黎仙群,苏敬军,等.糖尿病患者的服药依从性及其影响因素分析[J].中国医药指南,2012,10(16):48-49.
- [5] 计成,葛卫红.糖尿病患者用药依从性的多因素分析[J].中国药房,2010,21(45):4307-4309.
- [6] 许卫华,王奇,梁伟雄.问卷或量表在患者依从性测量中的应用[J].中国慢性病预防与控制,2007,15(4):403-405.
- [7] 潘美开,陈茜,邱月群,等.糖尿病患者对医院延续服务需求的调查研究[J].医学信息,2010,22(7):1687-1688.
- [8] 黄荣青.延续护理干预对老年糖尿病出院患者远期康复的影响[J].齐鲁护理杂志,2012,18(22):40-41.
- [9] 吴媛.延续性护理在糖尿病健康教育中运用的探讨[J].吉林医学,2011,32(26):5607-5609.

(收稿日期:2013-03-12 修回日期:2013-05-29)

早期消化道毒物清除的集束化护理对急性重度有机磷中毒治疗效果的影响

张 莉(北京世纪坛医院急诊病房监护室 100038)

【摘要】 目的 探讨早期消化道毒物的集束化护理对急性有机磷中毒治疗效果的影响。方法 对 40 例急性重度有机磷中毒患者的病例资料进行回顾性分析,并随机分为观察组和对照组各 20 例,其中观察组采用集束化护理,而对照组采用常规的护理模式。观察两组清洁肠道时间、阿托品化时间、呼吸机使用时间、患者苏醒时间、胆碱酯酶(CHE)恢复 50% 活性的时间、发生中间综合征的例数、死亡例数、住院时间以及住院费用的差异。结果 观察组患者清洁肠道时间、阿托品化时间、呼吸机使用时间、患者苏醒时间、CHE 恢复 50% 的时间显著小于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者发生中间综合征及死亡的例数为 0 例,与对照组的 5 例中间综合征和 2 例死亡相比,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者住院时间及费用分别为(6.7 ± 2.5) d 和(0.4 ± 0.2) 万元,与对照组的(10.9 ± 3.4) d 和(0.7 ± 0.3) 万元相比,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 早期消化道毒物清除的集束化护理,可明显缩短急性重度有机磷中毒患者清洁肠道时间、阿托品化时间及 CHE 恢复 50% 的时间,减少中间综合征的发生,提高抢救成功率,降低治疗成本,具有良好的经济和社会效益。

【关键词】 有机磷中毒; 消化道; 集束化护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3062-03

急性有机磷中毒是内科危急重症之一,发展迅速,病情凶险,若抢救不及时,病死率极高^[1]。患者一旦口服中毒或者接触中毒时,常常伴随相关症状出现。轻度患者表现为头痛、头晕、恶心、呕吐、多汗、视力模糊、胸闷、瞳孔缩小等。中度中毒者表现为肌肉颤动、轻度呼吸困难、腹痛腹泻、流涎、瞳孔明显缩小等;而呼吸极度困难,肌肉展颤、瞳孔缩小、昏迷、大小便失禁等症者为重度中毒^[2-3]。

目前对于有机磷中毒抢救最成功的标志之一就是最大限度地减少有毒物吸收。其次就是建立静脉通路,及时合理的利用解毒剂,最大程度上恢复胆碱酯酶的活性,同时配合操作过程的护理。集束化干预是由美国健康研究所(IHI)首先提出的,集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,来处理某种难治的临床疾病^[4-5]。目的在于帮助医务人员为患者提供尽可能优化的医疗护理服务^[6]。本院通过对急性有机磷重度患者采

用集束化护理模式,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 3 月至 2012 年 12 月收治入院的急性有机磷重度中度患者 40 例,随机分为两组,观察组 20 例,男 6 例,女 14 例,年龄 21~75 岁,平均(36.5 ± 4.6) 岁。均为口服有机磷,平均剂量 50~500 mL,服毒到就诊时间 20 min 至 8 h。对照组 20 例,男 8 例,女 12 例,年龄 20~73 岁,平均(37.8 ± 4.2) 岁,均为口服中毒,平均服药量 40~480 mL,服毒到就诊时间 18 min 至 8 h。两组患者的年龄、性别、服药量、就诊时间以及临床症状差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组(集束化护理) 急性有机磷中毒的集束化护理措施除常规病情观察及一般护理外,主要集中在气道护理、导管护理、心理护理及制订撤机方案^[7]。(1)患者入院后,脱去患

者的衣物,用生理盐水冲洗皮肤、毛发及眼睛。(2)进行洗胃,必要时先进行气管插管,保持气道的通畅。患者取左侧卧位,取多孔胃管插入,进行反复的洗胃,每次 4~6 h。每次清洗标准是吸出液无大蒜样气味。(3)建立静脉通道,先给予负荷量氯解磷定 20~30 mg/kg,然后以每小时 6~8 mg/kg 的速度持续微泵静脉滴注,24 h 内总量不超过 12 g,待患者烟碱样症状消失后维持。同时给予静脉推注阿托品,使其快速达到阿托品化,必要时加入东莨菪碱。(4)若患者未出现排便症状,使用思密达、开塞露进行通便,必要时使用 10% 的甘露醇灌肠,每 6 小时 1 次,交替使用,直至大便排出。同时给患者进行导尿,观察尿液排出量。(5)防治多脏器功能障碍综合征(MODS)。严密观测生命体征的变化,监测中心静脉压。如出现低血压,在扩容的同时适当使用升压药,维持循环稳定。(6)胆碱酯酶(CHE)复能剂、阿托品的应用及其他的对症治疗和护理均按常规进行。同时给予家属的心理安慰,减少家属暴躁的情绪,做好家属知情同意。收集家庭史后给予针对性的安慰、疏导和适当的帮扶,让患者和家属积极配合。鼓励患者家属积极采取合理的治疗有可能让患者重新回归社会,消除他们的抑郁、消极情绪。

1.2.2 对照组(常规护理) 患者采用常规护理,进行衣物的脱离及皮肤清洗。(1)患者取左侧卧位,置入传统经口插管,选用温生理盐水洗胃,直至洗出液澄清、无味;(2)洗胃结束后胃管注入的 200 mL 活性炭稀释悬浮液,即拔除胃管;(3)应用 CHE 复能剂解磷定或氯解磷定,每日剂量一般不超过 3 g,使用时间不超过 2 d。(4)心肺复苏术后无自主呼吸或有呼吸衰竭者行呼吸机辅助呼吸。(6)吸氧、吸痰及对症治疗。积极对患者及其家属进行心理上的辅导,尤其是因为情绪而服药中毒的患者,很大程度上不愿意积极配合治疗,需要进行心理疏导。

1.3 观察指标 观察两组患者清洁肠道时间、阿托品化时间、呼吸机使用时间、患者苏醒时间、CHE 恢复 50% 的时间、发生中间综合症的例数、死亡例数、住院时间及住院费用等。

1.4 统计学处理 运用 SPSS18.0 软件进行统计分析。数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者相关指标比较 观察组患者清洁肠道时间、阿托品化时间、呼吸机使用时间、CHE 恢复 50% 的时间均小于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者相关指标的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	清洁肠道时间(h)	阿托品化时间(min)	CHE 恢复 50% 的时间(h)	呼吸机使用时间(h)
观察组	20	10.4 ± 3.2	38.9 ± 4.9	39.2 ± 4.7	28.5 ± 3.9
对照组	20	18.5 ± 5.7	67.2 ± 8.6	57.4 ± 5.3	63.3 ± 7.1
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 两组患者苏醒时间、发生中间综合症的例数、死亡例数的比较 观察组患者的苏醒时间(7.3 ± 3.5)h 明显缩短,无 1 例发生中间综合症,死亡 0 例,而对照组苏醒时间(12.6 ± 6.8)h 长,有 5 例发生中间综合症,2 例患者出现死亡,与对照组相比($P < 0.05$),差异有统计学意义。

2.3 两组患者住院时间及住院费用的比较 观察组患者的住院时间(6.7 ± 2.5)d、住院费用(0.4 ± 0.2)万元,明显小于对照

组(10.9 ± 3.4)d、(0.7 ± 0.3)万元,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

急性有机磷农药中毒时发病急、发展快,排毒与解毒是抢救急性重度有机磷中毒的关键环节。排毒的主要手段之一是胃肠道清洁,包括洗胃、导泻与灌肠,而“集束化护理”措施的实施将刚性的概念及指南转化为具体临床实践,以确保最佳政策的实施^[8]。本研究采用早期消化道毒物清除的集束化护理,在原来常规护理的基础上,制订了更为细致的护理操作标准,具体在洗胃液的选取、胃管置入深度、洗胃方法、早期导泻和灌肠的应用等护理措施,增强了执行中的科学依据。作者结合自身的临床经验,总结以下关键点。

3.1 快速、反复、彻底洗胃和有效地导泻 这是抢救有机磷中毒成功的基础。本研究对患者积极进行洗胃,必要时先进行气管插管,保持气道的通畅。患者取左侧卧位,取多孔胃管插入深度约 55~70 cm,进行反复的洗胃,每次 4~6 h,每次清洗标准是无大蒜样气味。洗胃过程中不停地有效改变患者体位,并按摩胃区,有利于毒物的排除和减少毒物的再吸收。并采用 10% 甘露醇灌肠排泄,每 6 小时 1 次,直至大便排出。本研究结果显示,与对照组相比大大减少了解毒剂的使用,减少了中间综合症的发生,差异有统计学意义。

3.2 CHE 复能剂的使用 观察组患者建立静脉通道,先给予负荷量氯解磷定 20~30 mg/kg,然后以每小时 6~8 mg/kg 的速度持续微泵静脉滴注,24 h 总量不超过 12 g,待患者烟碱样症状消失后维持。研究结果显示,CHE 50% 活性恢复时间大大减少,并无中间综合症的出现,与对照组发生 5 例中间综合症相比,差异有统计学意义。

3.3 快速阿托品化 阿托品在急性有机磷中毒患者的救治中一直占有举足轻重的地位,患者需要快速达阿托品化。本研究适时在配合东莨菪碱后使患者达到阿托品时间提前,减少了阿托品的使用量,缩短了阿托品化的时间(38.9 ± 4.9)min,与对照组的(67.2 ± 8.6)min 相比,差异有统计学意义。

3.4 积极防治并发症 本研究观察组患者严密观测生命体征的变化,监测中心静脉压。如出现低血压,在扩容的同时适当使用升压药,维持血压及循环稳定。大大的缩短了住院时间,减少了住院的费用,与对照组相比,差异有统计学意义。

综上所述,重度口服有机磷农药中毒病情凶险、变化快、病死率高。作者认为在重症医学的平台上,充分利用集束化护理技术的优势,采用集束化管理模式进行救治,可明显缩短急性重度有机磷中毒患者清洁肠道时间、阿托品化时间及 CHE 恢复 50% 的时间,减少中间综合症的发生,提高了抢救成功率,降低治疗成本,具有良好的经济和社会效益。

参考文献

[1] 周颖丽. 有机磷农药中毒的急救及护理[J]. 中国保健营养, 2012, 20(11): 4650.
 [2] 陈永强. 导管相关性血流感染与中心静脉导管集束干预策略[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(10): 889-891.
 [3] 李金林, 周姚, 常荣华. ICU“集束化”治疗重度有机磷中毒疗效观察[J]. 山东医药, 2010, 50(21): 76-77.
 [4] Resar R, Pronovost P, Haraden C, et al. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator associated pneumonia[J]. J Qual Patient Saf,

2005,31(5):243-248.

- [5] 郭凤,冯向英,李彩茹,等.经口气管插管患者冲洗加棉球擦洗进行口腔护理的效果观察[J].护理管理杂志,2011,11(6):450-454.
- [6] 王芝,姜梅,杨丽萍.消化道毒物清除的集束化护理在急性重度有机磷中毒治疗中的应用研究[J].护士进修杂志,2012,27(5):389-391.

- [7] 常荣华,敖丹.早期集束化治疗急性重度有机磷农药中毒的临床观察[J].江苏医药,2010,36(20):2416-2418.
- [8] 莫晨,龙超良.有机磷农药中毒导致呼吸衰竭的病因、发病机制及临床救治[J].中国急救复苏与灾害医学,2009,4(5):332-337.

(收稿日期:2013-03-20 修回日期:2013-05-20)

脑卒中合并医院获得性肺炎易感因素分析及护理对策

刘芳印¹,谢素青²,农照美³(右江民族医学院附属医院:1. 护理部;2. 重症医学科;3. 神经内科,广西百色 533000)

【摘要】 目的 探讨脑卒中合并医院获得性肺炎易感因素及护理对策。**方法** 将 78 例脑卒中发生医院获得性肺炎患者作为观察组,按 1:1 比例选择同期未发生医院获得性肺炎脑卒中患者作为对照组,比较两组脑卒中患者相关因素上的差异。**结果** 年龄大、昏迷、预防应用抗菌药物、实施侵入性操作、血清清蛋白水平低、住院时间长是引起医院获得性肺炎的相关因素。**结论** 引发脑卒中医院获得性肺炎的因素较多,在积极治疗原发病的同时,应实施针对性护理措施,降低医院获得性肺炎的发生率。

【关键词】 脑卒中; 医院获得性肺炎; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3064-02

随着生活水平的提高,高血压、糖尿病等慢性疾病发病率也随之上升,导致脑卒中发病率上升,病程中常合并医院获得性肺炎,因而使病程延长,甚至死亡^[1]。本文回顾性分析本院脑卒中并发医院获得性肺炎患者的临床资料,观察其脑卒中医院获得性肺炎相关因素,探讨护理预防措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2012 年 10 月本院脑卒中住院患者中发生医院获得性肺炎 78 例,其中男 48 例,女 30 例;年龄 48~88 岁,平均(64.34±12.34)岁;头颅(CT/MRI)检查诊断出血性脑卒中 50 例、缺血性脑卒中 28 例,入院 48 h 后出现咳嗽、咳痰等呼吸道症状,发热,双肺有干湿性啰音;血常规白细胞升高,X 线片提示炎性改变;68 例痰培养获致病菌。按 1:1 比例选择同期未发生医院获得性肺炎脑卒中患者

作为对照组,对照组选择方法为将脑卒中按照住院号排列,选择性发生医院获得性肺炎的患者。

1.2 方法 比较两组患者年龄、性别、昏迷、预防应用抗菌药物、侵入性操作(进行插管、气管切开、应用呼吸机等)、血清清蛋白水平、住院时间等差异。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

年龄大、昏迷、预防应用抗菌药物、实施侵入性操作、血清清蛋白水平低、住院时间长等,是引起医院获得性肺炎的相关因素,见表 1。

表 1 引起脑卒中患者医院获得性肺炎相关因素比较

组别	<i>n</i>	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	昏迷 [<i>n</i> (%)]	男 [<i>n</i> (%)]	预防使用抗菌 药物[<i>n</i> (%)]	侵入性操作 ($\bar{x} \pm s$, 次)	血清清蛋白水平 ($\bar{x} \pm s$, g/L)	住院时间 ($\bar{x} \pm s$, d)
观察组	78	64.34±12.34	37(47.44)	48(61.54)	25(32.05)	2.02±0.45	31.67±2.98	22.89±8.81
对照组	78	57.62±11.39	10(12.82)	46(58.97)	12(15.38)	0.86±0.29	35.82±2.09	16.70±5.94
统计值	—	<i>t</i> =3.12	$\chi^2=18.56$	$\chi^2=0.34$	$\chi^2=10.40$	<i>t</i> =4.76	<i>t</i> =3.47	<i>t</i> =4.12
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

3 讨论

脑卒中患者由于中枢神经系统有不同程度的损害,因而出现不同程度的肢体瘫痪和感觉障碍,部分出现意识、呼吸、吞咽等功能障碍,机体免疫功能低下,易引起肺部感染,属于医院感染的易感人群^[2]。医院获得性肺炎是患者医院感染中最常见的,其发生、发展与多种因素有关^[3]。

观察组年龄(64.34±12.34)岁,高于对照组的(57.62±11.39)岁($P < 0.05$),说明年龄大,感染发生率高;与老年人功

能器官减退,免疫功能下降,肺顺应性减低,肺泡周围弹力纤维受到不同程度的损伤,呼吸低下,咳嗽力减弱,排痰困难有关^[4]。需要加强对老年护理的观察及护理,提高抵抗力。

昏迷引起舌肌及咽喉肌麻痹,咳嗽反射减弱或消失,致使鼻咽部的分泌物被吸入肺^[5]。观察组合并昏迷 47.44% 高于对照组的 12.82% ($P < 0.05$),积极治疗原发病,保持呼吸道通畅,及时清除口腔内分泌物和呕吐物,定时翻身、拍背、变换体位促进排痰,需要吸痰时动作要轻柔。