

群体性急性食物中毒患者的救治与护理

余永亮(重庆市开县人民医院急诊科 405400)

【摘要】 目的 探讨群体性急性食物中毒患者的抢救和护理方法。**方法** 回顾性分析该院急诊科 2012 年收治的 57 例集体性食物中毒患者的临床资料,总结出抢救方法和护理措施。**结果** 通过对中毒患者积极抢救护理,及早催吐和及时补液,治疗效果明显,57 例患者均治愈出院,无 1 例发生后遗症和死亡。**结论** 及时催吐、迅速建立静脉通道、保持呼吸道畅通,同时抢救中应按照群体性急性食物中毒的救护流程做到“急”“快”“准”,统一调度、合理分工、积极快速准确的治疗才能最大程度的抢救急性食物中毒患者的生命。

【关键词】 急性食物中毒; 抢救; 护理措施; 群体性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)09-1281-02

急性食物中毒是一种非传染性急性或亚急性食源性疾病^[1]。最常见的食物中毒为细菌性食物中毒。每年发生的食物中毒事件中,约 60% 为细菌性食物中毒;中毒人数中,细菌性食物中毒人数占 70%~90%。家庭以散在发病为主,而公共场所和集体场所更容易发生群体性食物中毒^[2]。由于群体性食物中毒涉及的人数较多,范围较广,危害更严重,故应制订有效的急救护理流程,争分夺秒地抢救患者生命。本院对群体性食物中毒患者的抢救均较成功,现将抢救治疗与护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年本院急诊科共收治的 4 组 57 例确诊为群体性急性食物中毒的患者作为研究对象。所有患者均在进食后 1~9 h 出现不同程度的恶心、呕吐、腹痛、腹泻等胃肠道症状,其中 10 例出现不同程度的高热,体温 37.8℃~39.9℃,平均 38.3℃。群体性食物中毒患者一般资料如下:第 1 组共 18 例,年龄 8~42 岁,平均(31.3±3.9)岁。其中男 10 例,女 8 例。患者均出现胃肠道症状,恶心、呕吐、腹痛、腹泻等,严重的出现了抽搐和昏迷现象;第 2 组:共 15 例,年龄 5~55 岁,平均(39.3±2.7)岁。其中男 7 例,女 6 例。患者均出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻水样便等症状;第 3 组:共 14 例,年龄 10~18 岁,平均(15.4±1.6)岁。其中男 8 例,女 6 例。患者均出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻水样便等症状,个别患者出现高热和意识障碍;第 4 组:共 10 例,年龄 6~79 岁,平均(35.8±5.6)岁。其中男 4 例,女 6 例。重症患者出现口吐白沫、意识障碍以及呼吸停止等。

1.2 方法 通过问病史、闻气味、查体征来快速评估病情,如有无同食者群体发病史、有无进食不洁食物史、有无腹痛、腹泻、恶心、呕吐等消化道症状以及有无头晕、心悸、发热等症状。同时闻患者身上有无特殊食物中毒的气味以及检查中毒患者的生命体征、神志、瞳孔、面色等。并根据患者病情的轻、中、重分别戴上蓝、黄、红色的腕带作标记,并写上编号,以便能按照病情的轻重迅速准确实施抢救护理措施。对于危重患者立即抢救,病情稍重的进行一般常规治疗,病情较轻的,必要时给予对症处理,但应密切观察病情变化,一旦出现危险,立即救治。

给予中毒患者常规催吐治疗。在催吐救治中,对于清醒的患者,采用手指或压舌板刺激咽喉后壁或舌根来诱发呕吐,直到完全吐出胃内容物为止。对于抽搐和昏迷的患者给予洗胃治疗时,采取去枕平卧位,使头偏向一侧,以防止呕吐物及洗胃液呛入呼吸道而引起窒息或者吸入性肺炎。同时应注意观察洗出胃液的颜色、量、气味、性质等,在保持进出液量平衡的基础上进行多次洗胃,直到胃液澄清无味,并留胃内容物送检。

洗胃过程中,应密切注意患者的生命体征,一旦出现危险,应立即抢救。

对于有腹痛腹泻的患者,应给予对症治疗,如补充电解质防止电解质紊乱、解痉、止痛等。同时密切观察患者用药后的反应。对于呼吸困难患者,在常规治疗的基础上应给予辅助吸氧。

2 结果

第 1 组是由于生食海鲜(鱼、蟹等)导致的集体中毒。采取催吐(洗胃)、补液治疗,患者预后良好,无死亡病例,无后遗症;第 2 组是由于食用了变质食物导致的集体中毒。采取催吐、补液治疗,患者预后良好,无死亡病例,无后遗症;第 3 组是由于食用了未炒熟的芸豆所引起的。病情较轻的采用常规催吐、补液治疗,对于高热患者给予物理降温和药物降温,对意识障碍者给予补液、抗感染、补充电解质等治疗。经过积极资料,患者预后较好,无死亡病例,无后遗症;第 4 组是由于食用了被细菌污染的腊肉和肉罐头所引起的。本组患者病情较重,给予吸氧、洗胃、补液、抗感染、补充电解质等治疗,患者预后较好,无死亡病例,无后遗症。

3 讨论

对于群体性食物中毒患者,快速及时反应能为抢救赢得时间,是抢救成功的关键。故应成立应急小组,统一指挥、明确人员分工、快速分诊以保证能快速及时反映和抢救高效进行,最大程度提高危重患者的生存概率。同时,可建立护士长值班制度。护士长在医院管理中起着举足轻重的作用,护士长的管理行为直接影响着护理质量^[3]。建立护士长值班制可加强对护理人员行为规范的监督,同时也能够保证医疗安全以及行政安全。遇到集体中毒事件时,护士长能及时通知相关人员,并在最短时间内组织抢救工作。

对中毒患者积极催吐、洗胃,尽快清除胃内容物以减少毒物的吸收是抢救成功的关键环节之一。故应根据患者的具体情况采取相应的、正确的洗胃液和洗胃方法洗胃,同时防止洗胃术导致的院内感染^[4]。群体性食物中毒患者的病情轻重,在救治过程中,应严格遵循先急后缓,先重后轻的群体性急救的基本原则,最大程度的抢救患者生命。

中毒患者的呕吐物、排泄物里面通常含有大量细菌,若没有做好消毒隔离工作,很容易对周围的环境造成污染。正确的消毒方法应对其呕吐物和排泄物应用含氯消毒剂混合消毒,对其衣服、食具等采用 84 消毒液消毒。

中毒患者由于呕吐及胃肠道反应很容易造成脱水,所以应尽快对患者进行补液治疗。能口服的及时给予口服盐水补液治疗,不能口服的采用静脉输液治疗。静脉补液操作时,应严

格执行无菌操作技术原则^[5]以及“三查七对”制度^[6]。补液、抗感染、补充电解质同时进行,以尽快纠正患者的水、电解质平衡紊乱。同时准确记录口服液或输入液的种类、数量以及时间。由于患者中毒后会出现低血压状态,肾动脉收缩、肾缺血,可有少尿或无尿症状,所以在补液前还应计算出尿量排出量,防止过度输入造成高钾血症。同时注意维持血压,使血压保持在正常范围,保证肾脏的血流量。

在抢救的同时,应准确、客观、完整的记录患者的病情变化,做好各种护理记录。在治疗过程中,护理人员应主动关心患者,给予患者充分的理解、安慰、鼓励和支持,解除患者恐惧、紧张、无助的心理,使患者积极主动配合抢救和治疗工作。患者中毒后应严格禁食管理,等病情明显好转后(通常为 1~2 d)可适当给予易消化且清淡的饮食。

患者出院前,应对患者进行健康教育。指导患者注意饮用水的安全和卫生,防止不洁饮水引起的中毒^[7-8],做到健康饮食,如不吃生冷食物、不吃有毒或变质的食物等。同时加强对餐饮业人员健康知识的宣传教育以及加强对有毒有害物质的管理。

由于群体性食物中毒涉及的人数较多、范围较广,因此,对于群体性的食物中毒事件,应及时向当地疾控中心及卫生部门上报,以便上级部门及时了解情况,快速做出反应,减轻对人民生命和财产损失。

综上所述,对于群体性食物中毒患者,按照科学的救治护理流程和原则,积极抢救护理,能最大程度的挽救患者的生命,保障患者预后,提高患者的生活品质。

人文关怀护理在直肠癌术后人工肛门患者中的实施与效果

张 婷(江苏省无锡市第九人民医院普外科 214000)

【摘要】 目的 探讨直肠癌术后人工肛门患者实施人文关怀护理方法的临床效果,并为临床护理积累经验。**方法** 选取该院外科 2008 年 7 月至 2012 年 12 月收治的 78 例直肠癌患者,记录实施人为关怀护理干预前、后患者心理状况及生活质量变化情况。**结果** 对患者实施人为关怀护理干预后的焦虑自评量表(SAS)评分(54.12±9.61)分低于干预前(41.54±10.01)分,差异有统计学意义($P<0.05$);患者在人为关怀护理干预后的生理、心理、社会方面的生活质量评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对于直肠癌术后人工肛门患者而言,在全程护理中贯彻人文关怀理念不仅能改善患者消极情绪,还能提高生存质量,值得进一步推广。

【关键词】 人文关怀; 人工肛门; 焦虑; 生存质量; 护理满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)09-1282-02

低位直肠癌常发生于距肛缘 7 cm 处部位^[1],手术治疗仍旧是当前的首选方式,但由于癌肿以腹膜反折处多见,所以肿块切除往往涉及肛门的去除。这对于患者而言,无疑是一个巨大的身心打击。当前的医疗模式倡导生物-心理-社会整体医疗理念^[2],不再是单纯地专注于疾病的治疗,要从患者的心理层次出发,保证患者在收获生理健康的同时,也能保证拥有一个较佳的心理状态。护士作为与患者接触最为频繁的医务人员,提供人文关怀护理服务显得意义重大。本研究旨在探究该护理方法的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院外科 2008 年 7 月至 2012 年 12 月收治的 78 例早中期直肠癌患者,其中男 46 例,女 32 例,年龄 48~79 岁,平均(67.1±1.7)岁。患者在入院当天均接受肛肠指检、肿块病理学活检,确诊为直肠癌,其诊断符合人民卫生出版社第 7 版《外科学》教材中关于该病的临床诊断。纳入标准:患者不存在其他心、肝、肾等重要脏器疾病;不存在精神疾病;

参考文献

- [1] Gould LH, Walsh KA, Vieira AR, et al. Surveillance for foodborne disease outbreaks-United States, 1998-2008 [J]. MMWR Surveill Summ, 2013, 62(2):1-34.
- [2] Much P, Pichler J, Kasper SS, et al. Foodborne outbreaks, Austria 2007 [J]. Wien Klin Wochenschr, 2009, 121(3/4):77-85.
- [3] 赵维仕. 基层医院护士长行为评价调查分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(8):959-960.
- [4] 王青丽, 向克兰, 徐雯, 等. 洗胃术致院内感染的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(4):481-484.
- [5] 李凡, 刘晶星. 医学微生物学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:37-38.
- [6] 施康康. 临床护理风险的识别与防范[J]. 中国医学杂志, 2007, 5(10):23-25.
- [7] Tarrass F, Benjelloun M. The effects of water shortages on health and human development [J]. Perspect Public Health, 2012, 132(5):240-244.
- [8] Izquierdo F, Castro Hermida JA, Fenoy S, et al. Detection of microsporidia in drinking water, wastewater and recreational rivers [J]. Water Res, 2011, 45(16):4837-4843.

(收稿日期:2013-09-11 修回日期:2013-11-20)

签署知情同意书。

1.2 方法 对患者开展人文关怀护理,即在护理全程中强调“以人为本”的护理理念。

1.2.1 术前护理 护士需制订个性化沟通方案,鼓励患者表述负性情感,并采取支持、安慰等多种方式进行情感安抚。护士采取口授、图片及视频多种手段结合的方法帮助患者形成一套系统化的认知体系^[3],包括疾病发生、发展、手术流程等。护士需与家属进行交流,指导家属给予患者更多的关心,提高战胜疾病的信心。

1.2.2 术后护理 护士鼓励患者正视切口,通过心理疏导的方式逐渐改变患者认知情况。护士需指导患者肛门袋的更换手法,并进行言语鼓励,让患者尝试自行更换,实现抵触情绪平缓化^[4]。邀请治愈的直肠癌患者给予现身说法,提高患者治愈信心。

1.2.3 抑郁反应护理 护士需根据患者兴趣,选择文娱活动,邀请患者参与,借此缓解抑郁。在病房中,播放轻音乐,并指导