

表 1 两组病人病死率及各项治疗首次时间比较

组别	例数	病死率 (%)	治疗开始时间 (h)			
			催吐或洗胃	漂白土灌入	血液灌流	激素静脉输注
对照组	52	63.5	3.75±1.26	4.59±1.27	6.43±1.30	4.93±1.28
观察组	60	38.3*	2.90±1.37*	3.14±1.38*	4.66±1.41*	3.14±1.39*

注：与对照组相比较，**P*<0.05。

研究显示，观察组用药（如甲泼尼龙）时间明显早于对照组，为预防肺水肿及肺纤维化起到重要的作用。

百草枯的口服吸收率为 5%~15%，具有遇土失活的特征，服毒后及早采取简易排毒措施如物理刺激催吐、漂白土导泻，可减少毒物吸收，因此，应尽快清除消化道毒物，降低血液中百草枯浓度。本研究中观察组首次催吐或洗胃时间、漂白土灌入以及 HP 治疗时间显著早于对照组。经早期规范化救治，观察组病死率降至 38.3%，提高了病人的抢救成功率。

经消化道中毒患儿洗胃的护理干预

张敏¹，李晓娟²

(1. 辽宁医药职业学院护理系，辽宁 沈阳 110101；2. 沈阳医学院附属中心医院急诊科，辽宁 沈阳 110024)

洗胃是迅速清除消化道内毒物的有效措施。由于儿童消化道特殊的生理解剖结构以及心理发育特点，不能配合医护人员，给洗胃带来很大难度。本研究通过对消化道中毒洗胃患儿进行全程的护理干预，提高患儿的依从性和抢救的成功率。

1 资料与方法

1.1 资料

选取某三甲医院急诊科 2013 年 1 月—2014 年 12 月收治的经消化道中毒患儿 60 例，年龄 1~14 岁。药物中毒 44 例、农药中毒 5 例、食物中毒 4 例、洗涤剂中毒 3 例、乙醇中毒 2 例、灭鼠药中毒 2 例。按照就诊顺序随机分为对照组 30 例，平均年龄 (4.33±3.62) 岁，其中男 25 例、女 5 例；干预组 30 例，平均年龄 (4.20±3.50) 岁，其中男 24 例、女 6 例。两组患儿在性别、年龄、中毒程度等方面差异均无统计学意义 (*P*>0.05)。

1.2 方法

两组均接受排除毒物、减少毒物吸收、维持呼吸和循环功能的治疗。洗胃前常规询问患儿中毒原因、服用量、具体时间，留取血液、尿液、大便、呕吐物标本送检；给予催吐、洗胃等护理措施。干预组在对照组常规护理基础上，分别于洗胃前、洗胃中、洗胃后给予护理干预。

1.2.1 洗胃前护理干预 (1) 检查患儿的生命体征、意识状态、瞳孔变化，判断患儿的中毒程度；(2) 心理干预：评估患儿的心理依从性，向患儿及家长介绍中毒的危害和后遗症、洗胃的必要性、洗胃方法、洗胃的注意事项等，抚慰家长 and 患儿，取得合作以减少患儿洗胃的痛苦；(3) 洗胃方式选择：对年龄大、意识清、能合作、无催吐禁忌的患儿给予口服催吐；对年龄小、不能配合的患儿给予胃管插管洗胃。

1.2.2 洗胃中护理干预 (1) 指导家长协助患儿采用合适的体位。婴幼儿可由家长抱坐或抱卧位；年长儿选择平卧位，

头偏向一侧，家长陪伴在孩子的身边并语言安抚，利用亲近效应使患儿安静。(2) 实施个体化护理干预：根据患儿的年龄、身高选择粗细及软硬度合适的胃管；改良胃管前端结构，减少食物堵塞。(3) 避免并发症的护理干预：对 3 岁以上清醒患儿胃管插至咽喉部时给予喂生理盐水，让其放松，边喂边耐心教患儿做吞咽动作，下送胃管和吞咽动作同步，以利于胃管顺利插入，防止误插入气道或反复插管刺激咽喉部引起炎症反应；每次注入洗胃液量视患儿具体情况而定，一般不超过 200 ml，以防止胃扩张或洗胃液外溢窒息等并发症发生；洗胃过程中协助患儿向左或向右侧卧交替变换体位，同时上下移动胃管，避免胃管内负压损伤局部胃黏膜造成胃出血。(4) 注意观察患儿的面色、生命体征、意识、瞳孔变化，有无异常哭闹等。检查腹部情况，观察胃管有无堵塞、洗出液颜色，认真记录出入液体量，保证流出量>注入液量。

1.2.3 洗胃后护理干预 (1) 洗胃后要注意保暖，密切观察患儿病情及有无发热、咳嗽、腹痛、腹胀等症状。(2) 嘱患儿卧床休息，不宜快速改变体位以防体位性低血压。(3) 给予高热量、高维生素、易消化、无刺激性的食物。若患儿有恶心、咽痛、上腹部不适等症状应暂禁食 1 天（不禁水），以利于消化道黏膜恢复。(4) 对因故服毒儿童，耐心做好心理疏导和说服工作。(5) 指导家长妥善保管各种药物、农药、洗涤用品，不要用饮料瓶装农药或灭鼠药等，对患儿进行生活科普教育，介绍毒物对人体的危害等。

1.3 观察指标

患儿生命体征、配合度、插胃管时间、一次插管成功率，胃出血、肺部感染、窒息、水中毒、急性胃扩张等并发症。

1.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析，计量资料用均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，采用 *t* 检验；计数资料用率表示，采用 χ^2 检验，以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组插管时间 (3.48±1.43) min，一次插管成功 18 例，占 60%；干预组插管时间 (2.78±0.73) min，一次性成

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyx.2015.04.038
收稿日期: 2015-05-04; 修回日期: 2015-05-19
作者简介: 张敏 (1967—)，女，医学硕士，副教授，研究方向：护理教育。

功 29 例, 占 96.7%。两组比较差异有统计学意义 ($t=-2.39$, $P<0.05$)。并发症方面, 对照组发生 10 例 (33.3%), 其中肺部感染 4 例, 胃出血 3 例, 窒息、水中毒、胃扩张各 1 例; 干预组发生 3 例 (10%); 其中肺部感染 2 例、胃出血 1 例。两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2=4.812$, $P<0.05$)。

3 讨论

中毒后儿童因家长的紧张和对医院环境的惧怕而哭闹, 产生焦虑和紧张情绪, 对洗胃等护理措施依从性差, 洗胃插管不配合而拖延救治时间。另外, 由于儿童本身胃内容物排空快, 胃肠道对毒物吸收迅速, 故病情发展变化迅速, 若救治不及时将直接影响患儿预后。在我国, 综合医院对中毒患儿的正确处理仅占总体中毒者的 22%~64%, 无完善的护理干预方式, 这与我国没有建立针对儿童中毒的安全有效医疗救治体系有关^[1]。

本研究借鉴国内的先进护理经验, 对洗胃患儿实施护理干预。在洗胃前对患儿和家长进行心理护理干预, 对医护人员救治效果充满信心, 缓解患儿和家长的焦虑、恐惧情绪, 减轻患儿心理压力, 取得他们积极配合。为减少洗胃中的痛

苦, 我们针对不同的患儿选择合适的洗胃方式, 洗胃中由家长协助护士洗胃, 安抚患儿, 使其有安全感、信任感, 与对照组相比提高患儿洗胃的心理依从性。研究结果显示干预组插管时间较对照组缩短、一次性插管成功率明显提高, 减少了患儿插管的痛苦和反复插管造成的咽喉部炎症反应和食道黏膜损害, 有利于及时清除患儿体内的毒物和减少毒物吸收对患儿带来的损害。

根据不同患儿实施个体化护理, 如洗胃时患儿体位选择、胃管的粗细和改良、插管的深度和操作方法、胃管的固定方法、洗胃液的选择、移动体位使洗胃液充分接触胃壁^[2]、预防并发症等护理干预方法。洗胃后从保暖、病情观察、饮食护理、并发症观察等方面进行护理干预; 还对家长进行药物和儿童安全管理等相关知识教育, 预防儿童中毒事件的发生。

参考文献:

- [1] 黄伟. 儿童急性中毒的临床分析 [J]. 吉林医学, 2010, 10 (3): 448.
- [2] 马香蕊, 吴命坤. 综合护理干预对药物过量洗胃病人洗胃效果的影响 [J]. 护理研究, 2012, 26 (17): 1579-1580.

浅析尘肺患者护理安全管理

张翠

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

尘肺病以老年患者居多, 对尘肺病人加强护理安全管理, 可以有效地减少住院患者不良事件的发生。

1 尘肺患者安全风险因素

(1) 跌倒、坠床。尘肺患者多合并慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺心病、气胸、肺结核等疾病, 致心肺功能降低, 肢体活动障碍、对环境适应能力差, 易发生跌倒、坠床等意外。(2) 压疮。床单元不平整, 患者长期卧床引起局部血液循环障碍而发生压疮。(3) 烫伤。合并症致患者末梢循环及感觉障碍, 使用热水袋、理疗仪、暖手器时导致烫伤。(4) 药物不良反应。尘肺患者常用止咳药、消炎药、降压药、扩血管药及抗结核药, 主要不良反应为神经系统及肾脏的损害。(5) 走失。老年患者记忆力减退, 认知力差, 反应迟钝, 如无家属陪伴或护理措施不到位, 极易走失。

2 护理安全措施及体会

科室成立安全管理小组, 制订《护理安全管理制度》《不良事件报告制度》《护理安全防范措施》, 护士长每日对重点环节、重点护理人员、重点时间、重点患者进行安全提示及检查。每周讨论护理工作中存在的不足及安全隐患, 每月对不良事件进行分析, 提出整改措施, 严格执行各种规章制度及操作规程。具体措施包括以下几个方面。

2.1 评估

对新入院的尘肺患者进行入院安全评估, 对>75 岁及有

潜在压疮的患者进行坠床危险和压疮危险评估, 按评估结果将高危病人安置在不同的病房, 实施分级护理, 对不同阶段高危因素进行动态护理评估, 及时改进护理计划, 落实护理措施。

2.2 健康教育

(1) 对于新入院患者, 责任护士要详细介绍病房环境以及易发生危险区域, 讲解床档的使用方法和防滑、防跌倒措施。(2) 对于长期卧床的患者每 1~2 h 翻身一次, 翻身时避免拖、拉、推等动作。使用便器动作轻柔, 防擦伤皮肤; 辅用气垫床或各种软枕; 床单元保持平整、清洁、干燥。增强全身营养, 为患者提供高蛋白、高热量、高维生素食物。(3) 使用热水袋及泡脚时水温控制在 50℃ 以下, 保证理疗仪的有效距离并注意观察使用时皮肤的颜色变化。(4) 责任护士必须向患者详细介绍药物的用法、注意事项、不良反应, 严格按医嘱用药, 告知家属及患者不宜擅自调节用药速度和剂量。(5) 重点关注记忆力障碍的患者, 做好心理安抚, 加强沟通, 及时了解患者去向。

2.3 患者识别制度

入院时详细了解患者识别信息, 严格执行查对制度。对病情危重、存在不安全因素的患者佩戴腕带, 腕带有患者详细的信息。护士操作时必须双人核对。需要严格控制用药速度和用量时以红色标签做标识, 重点巡视及交班。

2.4 提高护理人员整体素质

护理人员熟练掌握专业技术操作及抢救器械的使用, 加强低年资护士安全培训, 提高风险意识。