

测气管内导管的套囊压力,并持续控制套囊内压力的降低;加强医护人员手部卫生;使用洗必泰进行口腔护理等。

2.3 心理护理

有机磷农药中毒患者多为口服毒物自杀,本组患者中除自杀外有6例服毒者为威胁他人,该类患者均有一定的精神创伤从而产生情绪障碍,不良的心理状态可影响患者的预后,心理干预对有机磷中毒患者是十分必要的。医护人员要了解患者的心理状况,在治疗的同时加强心理护理,联合家属对患者进行心理干预,使患者树立面对生活的勇气和信心。

3 集束化护理方案的临床实施管理

集束化护理的临床实施效果已被很多学者肯定,而实施效果源于护理人员对护理措施的依从性和持续性。欧洲的研究表明,医护人员进行集束化临床实践策略的依从性分别为63.0%和76.7%^[3]。集束化护理强调由3~5个干预措施组成,但实际的临床工作中,集束化护理措施是针对患者的全面护理,护理人员要不间断地实施集束化护理中的每一项内容,以取得最佳护理效果。

3.1 集束化护理培训

为强化护理人员对急性有机磷中毒集束化护理方案的认知,采取集中学习的方式,介绍集束化护理理念、意义以及各元素的实施过程。全部内容分3~5次进行,每日1次,每次约30 min。对于方案中部分专科护理技能进行集中培训,并由护士长组织考核。

3.2 实施过程监管

护士长及本研究负责人进行集束化护理方案执行的过程控制,控制要素包括:利用是否原则判断每个元素的完成情况;在晨、晚间时,执行者对方案执行情况进行交班,护士长对执行情况做出评价并给出建议。

3.3 信息反馈

除了利用上述过程控制完成信息初步反馈外,护士长定期进行质量控制,找出护理中成就与不足,持续改进护理方案。

3.4 保持组织结构恒定

在急性有机磷中毒救治过程中,护士和医生构成了治疗

团队的主体,集束化护理方案的制定和实施均以医生的治疗方案为蓝本,并充分听取医生的意见和建议,使医疗和护理进行无缝对接,不但有效地提高了团队合作效率,也增强了本集束化护理方案的可操作性。

4 讨论

本研究组在制定急性有机磷中毒及合并呼吸衰竭集束化护理方案时,实施了较完整的证据检索策略,对检索到的相关临床指南、系统评价和临床最佳实践进行了详细解读,并注重护理措施实施效果的评估。在实施集束化方案过程中,各元素的纳入和执行时间安排由执行护士根据患者具体情况和当时情景自行选择,但应遵循主要的操作程序。按照上述集束化护理方案,实行急性有机磷中毒合并呼吸衰竭集束化护理干预后,患者的治愈率达88.46%。

急性有机磷中毒及合并呼吸衰竭的抢救时间紧迫,患者病情变化迅速,目前,除清除毒物、有效解毒、机械通气等常规治疗外,还会运用血液透析联合血液灌流等治疗措施^[4]。集束化护理概念和管理策略,使护理人员对护理方法的选择、操作流程、效果评价指标和质量管理标准有了更清晰的认识,可连续性地执行每一项措施,使护士不再是机械地执行医嘱或医生指示为患者实施护理,而是有计划、迅速、高效地实施护理程序,提高了护理工作的主动性、目的性和时间性,值得推广。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 中华医学会重症医学分会. 呼吸机相关性肺炎预防、诊断和治疗指南 [J]. *中华内科杂志*, 2013, 52 (6): 1-9.
- [3] Ricart M, Lorente C, Diaz E, *et al.* Nursing adherence with evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia [J]. *Crit Care Med*, 2003, 31 (11): 2693-2696.
- [4] 贾艳红,王爽,紫晓. 急性重症有机磷中毒应用血液透析联合血液灌流的护理 [J]. *中国工业医学杂志*, 2012, 25 (6): 472-473.

急性氟乙酰胺中毒合并心律失常患者的护理

贾继莹

(沈阳市第九人民医院,辽宁 沈阳 110024)

氟乙酰胺是一种高效剧毒、内吸收性强的杀虫杀鼠药。我科于2013年7月—2015年12月收治5例急性氟乙酰胺中毒出现严重心肌损害的患者,现将抢救护理体会报告如下。

1 临床资料

5例均为误服氟乙酰胺毒饵导致中毒,男1例、女4例,

年龄22~46岁,中毒至就诊时间<2 h 3例、2~6 h 1例、>12 h 1例,表现为意识不清、频发抽搐、恶心、呕吐,心律失常。其中3例出现室颤,经积极治疗,2例抢救成功,1例病情无好转,于入院后6 h临床死亡。5例患者入院后均给予洗胃导泻、纠正心律失常、营养心肌、保肝、止血、降颅压、控制惊厥、预防感染等对症支持治疗。应用特效解毒剂乙酰胺,给予血液透析治疗1次/d,直至意识清醒、生命体征平稳。1例意识清醒后出现语言障碍,脑电图轻度异常,给予高压氧治疗10 d,随访半年恢复正常。病例辅助检查结果详见表1。

表 1 5 例急性氟乙酰胺中毒合并心律失常患者入院时心电图及实验室检查结果

病例	性别	年龄	就诊时间	心电图表现	实验室检查结果					
					WBC ($\times 10^9/L$)	CK (U/L)	CK-MB (U/L)	AST (U/L)	LDH (U/L)	HBDH (U/L)
例 1	男	22 岁	12 h	心肌缺血, 频发室早、室颤	21.4	792	162	82	49	341
例 2	女	46 岁	2 h	室性心动过速、室颤	19.8	243	56	64	365	202
例 3	女	30 岁	0.5 h	窦性心动过速、ST—T 段改变	17.6	572	78	73	908	685
例 4	女	37 岁	1 h	房颤、Ⅱ度房室传导阻滞	15.6	376	102	59	49	341
例 5	女	42 岁	1 h	窦性心动过速、室颤	17.0	384	98	67	330	220

2 典型病例

女, 46 岁, 误服毒饵 2 h 就诊。就诊时患者浅昏迷、频发抽搐, 心电图示室性心动过速。入院后给予乙酰胺解毒、镇静、降颅压、利尿、控制心律失常及营养心肌治疗, 抽搐逐渐缓解。入院 4 h, 患者再次抽搐, 心电监护示室颤律, 立即给予心脏电除颤 300 J 及利多卡因 100 mg 静脉注射, 无效; 又给予心脏电除颤 360 J 及心律平 70 mg、地塞米松 20 mg 静脉注射, 患者出现室上性心动过速; 给予静脉注射肾上腺素 2 mg 后又再次非同步电击除颤 360 J 2 次, 患者出现室性心动过速; 给予利多卡因 100 mg 静脉注射, 10 mg/min, 应用 50 mg 后室性心动过速停止, 转为窦性心律, 给予利多卡因 2 mg/min 静脉滴注维持, 未再发生心律失常。

3 护理体会

急性氟乙酰胺中毒循环系统损害的早期表现可有心悸、窦性心动过速, 严重者出现心肌损害、心律失常, 甚至发生室颤及心脏骤停^[1]。心电监护作为必须的监测手段能够及早发现病情变化的先兆, 有效提高了抢救的成功率。细致完善的基础护理使患者有效地减少了各种并发症, 为临床康复创造了有力的条件。

3.1 快速评估并确认心律失常, 及时应对处理

急性氟乙酰胺中毒合并心律失常患者应绝对卧床休息, 常规吸氧以降低心肌耗氧量。入院后持续心电监护至少 1 周, 常规连续 6 d 描记心电图, 如患者出现胸闷、气短、心前区疼痛时应随时描记。密切观察患者的症状体征, 患者出现抽搐时不应只考虑脑部损害, 应警惕恶性心律失常的发生。若心电监护出现 Q—T 间期延长、QRS 低电压、T 波低平、U 波出现等改变时及时通知医生; 一旦发现 QRS 波消失代以出现连续而快慢不规则、振幅不一致的心室颤动波时, 立即将病人安置于仰卧位, 实施非同步电击除颤并正确实施心肺复苏术 (CPR) 程序抢救。基本生命支持采取胸外按压、开放气道、人工呼吸等措施, 进一步生命支持应短时期内吸入高浓度氧气, 采用气管插管及人工辅助通气, 使患者的 PaO₂ 维持在 80~90 mm Hg, PaCO₂ 35~45 mm Hg。除颤的能量由小到大, 积极合理使用复苏药物如肾上腺素等, 提高除颤的成功率。应用利

多卡因治疗室性心律失常, 地塞米松以扩张血管、改善微循环、减轻内皮细胞损伤。抢救的同时应准确计算输液量, 避免输液过多加重心脏负担。

3.2 密切观察病情变化, 加强基础护理

及时准确地完成患者的入院评估, 密切观察生命体征、意识、皮肤的色泽及温度、血液动力学指标, 准确记录 24 h 出入水量。注意监测患者心律、心率、血压、呼吸的变化, 及时记录患者症状、体征的持续时间及诱发因素。计数脉搏时间不少于 1 min, 并注意速率、节律、强弱的变化。做好基础护理, 意识不清患者应去枕平卧, 头偏向一侧, 持续低流量吸氧, 床档保护, 防止坠床等意外的发生, 及时吸出呼吸道分泌物以保持呼吸道通畅。按时、按剂量准确应用抗生素以预防感染。注意患者肌张力的变化, 及时发现抽搐先兆。抗心律失常药物静脉滴注维持 24 h 无心律失常后停药, 心脏复律后指导患者多休息, 适当运动, 避免增加心肌耗氧量。

3.3 饮食护理

急性氟乙酰胺中毒合并心律失常患者的饮食应以低盐、易消化的清淡饮食为主, 避免高胆固醇、高脂肪及辛辣刺激性食物, 少量多餐, 避免过饱。意识不清患者应及时给予鼻饲。保持大便通畅, 必要时给予缓泻剂以免用力排便增加心脏负担。

3.4 心电监护的护理

多种因素可干扰心律心电监护的准确性, 如电极的粘贴部位不准确、电极片接触不良、袖带的松紧以及患者的体位等。我们将躯干上电极片粘贴部位做好标记, 每 12 h 更换电极片一次, 袖带的松紧以容纳 1 指为宜, 尽量避免采取左侧卧位以减少干扰。开展心电监护知识培训, 使护士熟悉各种心律失常的心电图波形, 强化对心电监护仪监测偏差的掌控能力。在本组病例中, 由于护士早期发现室颤并及时报告医生处理, 有效地避免了患者恶性心律失常的发生。

参考文献:

[1] 赵金垣. 临床职业病学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 401.