

慢性苯中毒患者应用循证护理对临床疗效的影响

刘琳琳

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

关键词: 慢性苯中毒; 循证护理**中图分类号:** R135.12 **文献标识码:** C**文章编号:** 1002-221X(2017)01-0065-02**DOI:**10.13631/j.cnki.zgggyx.2017.01.025

慢性苯中毒主要损伤造血系统, 表现为白细胞、血小板计数减少, 严重者甚至出现全血细胞的减少^[1]。慢性苯中毒患者需长期住院治疗, 在此期间除合理、有效的治疗外, 临床护理也起着重要的作用。循证护理, 即以有价值、可信的科学研究成果为证据, 对病人实施最佳的护理^[2]。2013 年 12 月—2015 年 12 月我院共收治慢性苯中毒患者 115 例, 将其随机分为常规护理组和循证护理组, 观察不同护理方法对临床疗效的影响, 现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

将 115 例苯中毒患者, 随机分为循证护理组和常规护理组。循证护理组 58 例, 男性 36 例、女性 22 例, 年龄 29~54 岁、平均年龄 (34.3±4.5) 岁, 苯接触时间 4~39 个月, 重度苯中毒 15 例、中度苯中毒 20 例、轻度苯中毒 23 例。常规护理组 57 例, 男性 33 例、女性 24 例, 年龄 28~56 岁、平均年龄 (33.8±4.3) 岁, 苯接触时间 3~41 个月, 重度苯中毒 14 例、中度苯中毒 22 例、轻度苯中毒 21 例。两组患者基本资料差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组患者入院后均进行对症治疗: 营养神经、改善微循环、抗感染、输血、止血等, 并予常规护理。循证组在此基础上实施循证护理^[3], 即查阅、汇总相关文献后, 根据苯中毒的临床特点, 从健康教育、心理护理、药物护理、出血护理、

输血护理、骨髓穿刺术护理、抗感染护理等方面制定科学、适宜、有效的护理计划。

1.3 观察指标

对比两组患者的临床疗效, 入、出院时综合评分情况及不良事件发生情况。其中综合评分^[4]包括 4 大类: (1) 生理参数评分 (呼吸、脉搏、体温、血压); (2) 中毒严重程度评分 (白细胞、血红蛋白、血小板计数等); (3) 基础护理评分 (口腔护理、更换体位次数等); (4) 特殊治疗护理评分 (吸氧、输血次数等)。根据表现程度分别赋予 1 分、2 分、3 分、4 分; 评分≥35 分为危重度, 20 分<评分≤35 分为重度, 10 分<评分≤20 分为中度, 评分≤10 分为轻度。

1.4 评价标准^[5]

(1) 显效: 患者临床症状及体征明显好转, 出院前连续 3 次骨髓涂片和血常规结果均正常, 出院患者 3 个月随访观察病情稳定; (2) 有效: 患者临床症状及体征有所好转, 出院时骨髓涂片和血常规结果明显改善, 其中白细胞计数 $>3.5 \times 10^9/L$, 血小板 $>7 \times 10^{12}/L$; (3) 无效: 患者临床症状及体征无改善, 甚至死亡。

1.5 统计方法

采用 SPSS17.0 软件对结果进行统计分析, 等级资料采用秩和检验, 计量资料采用 t 检验, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

两组患者经过积极的对症治疗与护理均取得了较好的临床效果, 循证护理组总有效率 (96.55%) 明显高于常规护理组 (91.23%), 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比

例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
循证护理组	58	39 (67.24)	17 (29.31)	2 (3.45)	56 (96.55) *
常规护理组	57	28 (49.12)	24 (41.38)	5 (8.77)	52 (91.23)

注: *, 与常规护理组比较, $P<0.05$ 。

2.2 入、出院时综合评分及住院天数比较

两组患者入院时综合评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。经过系统治疗和护理后, 出院时综合评分较入院时明显下降, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 循证护理组综合评分改善情况明显优于常规组, 住院天数亦明显少于常规护理组, 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者入、出院时综合评分及住院天数的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	综合评分		住院天数
	入院时	出院时	
循证护理组	20.34±5.62	6.64±4.33 * #	103.72±50.64 #
常规护理组	19.78±6.03	10.98±5.14 *	187.58±91.83

注: *, 与同组入院时比较, $P<0.05$; #, 与常规护理组出院时比较, $P<0.05$ 。

2.3 不良事件发生情况

收稿日期: 2016-03-25; 修回日期: 2016-05-17

作者简介: 刘琳琳 (1977—), 女, 主管护师。

循证护理组住院期间 2 例发生感染事件, 上呼吸道感染 1 例次, 皮肤感染 1 例次, 口腔感染 1 例次, 口腔出血 1 例次。常规护理组住院期间 6 例发生感染事件, 肺部感染 2 例次, 皮肤感染 2 例次, 口腔感染 1 例次, 肛周感染 1 例次, 针眼处血肿 3 例次, 口腔出血 2 例次。

3 讨论

苯在现代工业中应用非常广泛, 油漆、家具、制鞋、箱包等行业均有机会接触苯, 我们日常生活中也时常会接触到。苯是有毒物质, 长期摄入可引起以免疫系统和造血系统损害为主的疾病, 严重者导致再生障碍性贫血和白血病^[6]。在苯中毒的整个诊疗过程中, 护理占有很重要的地位, 一个好的护理体系能够减少许多并发症的发生, 从而减轻患者身上的痛苦及心理上的负担。

本研究中, 护理人员严格按照循证护理的规则, 搜索相关文献, 对苯中毒的诊疗、并发症等有深刻的认识, 然后根据疾病特点制定出明确、有效的护理行为, 做到提前预防,

有的放矢。通过循证护理不仅使临床疗效得到显著的提高, 还有效地降低了不良事件的发生。循证护理应在日后的护理活动中大力推广与应用。

参考文献:

- [1] 闫秋丽. 职业性慢性苯中毒患者感染并发症的预见性护理 [J]. 职业与健康, 2010, 26 (18): 2065-2067.
- [2] Ingersoll G L. Evidence-based nursing: what it is and what it isn't [J]. Nurs Outlook, 2000, 48 (4): 151-152.
- [3] 胡雁. 循证护理应用中常见问题及误区分析 [J]. 中华护理杂志, 2010, 45 (8): 740-742.
- [4] 陈慈珊, 吴劲松, 邱新香, 等. 苯中毒病人护理综合评分的应用研究 [J]. 中国职业医学, 2006, 33 (4): 254-256.
- [5] 于金宁, 张昌运, 武珊珊, 等. 美国职业性苯中毒控制与管理 [J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2013, 31 (1): 65-67.
- [6] 刘健, 王建元, 章一华, 等. 职业性慢性苯中毒患者医院感染分析 [J]. 护士进修杂志, 2015, 30 (16): 1443-1445.

2 例氯乙酸灼伤的临床观察与护理

赵金芳, 张红香, 李洪美

(淄博市职业病防治院, 山东 淄博 255000)

关键词: 氯乙酸; 灼伤

中图分类号: R135.1 文献标识码: C

文章编号: 1002-221X(2017)01-0066-02

DOI:10.13631/j.cnki.zgggyx.2017.01.026

在生产、运输、应用氯乙酸过程中时常由于操作不当或缺乏保护意识而发生灼伤, 致使局部皮肤组织黏膜坏死。我院 2013 年 6 月及 2014 年 8 月先后收治 2 例氯乙酸灼伤患者, 均抢救无效死亡, 现报告如下。

1 临床资料

【例 1】男, 39 岁, 因盛有氯乙酸的容器泄漏而致躯干及四肢灼伤, 伤后立即给予纯碱粉搓洗 15 min, 并迅速转入我院。入院查体: T 36.8℃, P 88 次/min, R 22 次/min, BP 120/75 mm Hg。一般情况尚可, 发育正常, 营养中等, 意识清, 躯干及四肢可见约 42% 灼伤创面, 呈灰白色, 质韧, 无水疱, 痛觉迟钝。入院后立即给予快速补液抗休克, 持续低流量吸氧, 抗生素防治感染, 生理盐水冲洗创面 15 min 后用 5% 碳酸氢钠溶液湿敷 30 min, 然后用磺胺嘧啶银悬液外涂, 创面行暴露疗法。伤后 5 h 患者出现烦躁不安, 频繁的躯体抽搐, 呼吸浅快, 达 46 次/min, 给予呼吸兴奋剂及大剂量糖皮质激素静脉注射效果不明显, 此后病人渐进入昏迷状态, 呼吸频率减慢至 8~12 次/min, 心率减慢至 40~46 次/min, 于伤后 7 h 呼吸心跳停止, 经复苏无效死亡。

【例 2】男, 41 岁, 因输送管道阀门爆裂而致氯乙酸灼伤胸腹部、右上肢及双下肢, 伤后立即用清水冲洗 10 min 后来

我院。入院查体: T 36.6℃, P 92 次/min, R 24 次/min, BP 135/90 mm Hg。一般情况良好, 意识清, 痛苦面容, 胸腹部、右上肢及双下肢可见约 25% 灼伤创面, 表面呈青铜色, 质韧, 无水疱形成, 痛觉迟钝。鉴于第一例患者死亡的教训, 为尽快阻断毒物吸收, 立即在全麻下行急诊削痂+生物敷料覆盖术, 手术顺利, 术中出血约 800 ml, 输液 1200 ml。术后返回病房时各项生命体征尚平稳。术后 3 h 出现不规则呼吸, 频率减慢至 12 次/min, 经高频通气给氧及静脉注射呼吸兴奋剂效果不显, 20 min 后呼吸心跳停止, 经复苏无效于伤后 6.5 h 死亡。

2 观察与护理

2.1 密切观察病情变化

氯乙酸灼伤不仅是局部损伤, 伤后可经呼吸道、消化道、皮肤创面吸收, 引起脑、肾、肝、肺、心等多脏器损害甚至导致全身中毒而死亡^[1]。故在病情观察上不能单纯以灼伤面积大小视其轻重, 除严密观察生命体征变化外, 还应注意观察中枢神经、心血管及泌尿系统的变化。密切观察病人有无头痛头晕、意识障碍、阵发性抽搐, 有无恶心、呕吐、腹痛、肝大、黄疸^[2], 心率是否增快, 特别注意排尿情况, 化学物多从肾脏排出, 对肾脏造成损害, 临床上可出现少尿、血尿、管形尿, 严重者出现肾功能衰竭。

2.2 创面护理

(1) 伤后及时有效的创面处理是氯乙酸灼伤治疗的关键。伤后应立即清水持续冲洗, 用 5% 的碳酸氢钠冲洗湿敷创面 30 min。(2) 创面早期切痂、自体游离植皮, 彻底清除局部坏死组织, 防止对氯乙酸的继续吸收。(3) 为加速毒物从肾脏排泄, 加大静脉补液量, 同时使用利尿、保肝药物和大剂量