

于对照组,不良事件发生率显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者治疗依从性、护理满意率及不良事件发生率比较 ($n(\%)$)

组别	n	依从性好	总满意	不良事件
观察组	47	42(89.36)	43(91.49)	3(6.38)
对照组	47	34(72.34)	36(76.60)	10(21.28)
χ^2		4.398	3.887	4.374
P		0.036	0.049	0.036

3 讨论

集体食物中毒由于起病较急,涉及人员较多,患者多在短时间内被送至同一个医院救治,对于急诊科医护人员而言,是很大的考验。在抢救过程中,容易发生护理漏洞,造成急诊护理流程紊乱。目前国内常规集体食物中毒抢救模式存在一些不足,包括救治过程中急救人员配合不到位、抢救无秩序、无组织性等,抢救效果不理想^[4-5]。临床护理路径是一种工作模式,为患者得到有效治疗、护理和相关检查提供保障^[6]。本文对集体食物中毒患者分别采用常规护理干预和临床护理路径干预,结果显示,观察组患者候诊时间、抢救时间均明显短于对照组($P < 0.05$),治疗依从性好、护理总满意率均显著高于对照组($P < 0.05$),不良事件发生率显著低于对照组($P < 0.05$),表明临床护理路径干预可以有效减少集体食物中毒患者候诊时间和抢救时间,提高患者治疗依从性和护理满意度,减少不良事件的发生。本次采用的临床护理路径干预中,由医护人员共同设计集体食物中毒护理路径表,采取统一抢救措施,保证救治工作的标准化和程序化,减少因患者较多而出现工作的盲目性和随机性,避免因医护人员个人工作习惯及能力不同而造成抢救质量差异,降低救治过程中发生的不良事件,保障医疗安全性^[7-8]。对护理人员进行分组,使其分工明确,急救工作有条理性,克服了过去救治工作的盲目性,提高了工作效率。集体食物中毒护理路径

表的使用对患者及时反馈和护理人员护理记录具有重要作用,可以直接清晰地表示患者病情变化,帮助医护人员进行合理有效的抢救,减少护理差错^[9-10]。

综上所述,临床护理路径对集体食物中毒抢救效果明显,能够提高患者治疗依从性和护理满意度,使不良事件发生率降低,可推广应用。

参 考 文 献

- [1] 余永亮. 群体性急性食物中毒患者的救治与护理(J). 检验医学与临床 2014, 11(9): 1281-1282.
- [2] 郭锦梅, 吕艳, 李航, 等. 临床护理路径在儿童脊髓损伤高压氧治疗中的应用观察(J). 中华航海医学与高气压医学杂志, 2015, 22(6): 487-489.
- [3] 刘红宏, 郭冬梅, 刘昌玲, 等. 2009—2014年双流县食物中毒情况分析(J). 预防医学情报杂志 2016, 32(10): 1112-1116.
- [4] 周丹. 食用青川鱼集体食物中毒的应急护理预案实施效果评价(J). 护士进修杂志 2016, 31(17): 1571-1573.
- [5] 徐国娜. 临床护理路径在群体食物中毒救护中的应用(J). 中国急救复苏与灾害医学杂志 2016, 11(6): 607-608.
- [6] 楼婷, 柏晓玲, 王狄, 等. 基于三维理论的临床护理路径评价指标体系构建(J). 中华医院管理杂志 2016, 32(7): 539-542.
- [7] 杨华. 临床护理路径在百草枯中毒患者中的应用体会(J). 中国工业医学杂志 2015, 28(4): 318-319.
- [8] 李秀芹, 常玉梅. 临床护理路径在有机磷农药中毒护理中的应用效果分析(J). 河北医药 2014, 36(8): 1272-1273.
- [9] 钱思兰, 李素珍. 临床护理路径在优质护理服务中的应用及效果评价(J). 护理研究 2013, 27(34): 3933-3934.
- [10] 邓向阳, 李颖, 詹仲春, 等. 临床护理路径在儿童中度铅中毒治疗中的干预效果(J). 环境与职业医学 2014, 31(1): 58-59.

收稿日期 2018-03-21

(编辑 羽飞)

有创动脉监测配合针对性护理在ICU患者中的应用

刘 婷 福建省立医院 福建省福州市 350001

摘要 目的: 分析有创动脉监测配合针对性护理在ICU患者中的应用效果。方法: 2016年2—12月, 医院ICU共收治患者150例, 纳入对照组, 进行常规护理。2017年1—12月, 医院ICU共收治患者154例, 纳入观察组, 加强有创动脉监测的技术管理, 组建护理技术改进小组, 针对有创动脉监测、撤机困难、意外拔管、漏尿、深部感染、心理问题等常见的护理问题进行质量改进。结果: 2017年初次撤机失败、非计划拔管、谵妄、ICU获得性衰弱、创伤心理应激、有创监测问题发生率低于2016年, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。2016、2017年医院感染发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。2017年ICU停留时间、机械通气时间低于2016年, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 有创动脉监测配合精细化优质护理可以提升护理质量, 降低不良事件发生风险, 缩短机械通气时间、ICU停留时间。

关键词 重症监护室 优质护理 有创动脉监测

中图分类号: R473 文献标识码: B doi: 10.19381/j.issn.1001-7585.2019.06.067

重症监护室(ICU)收治严重创伤、脓毒症、心力衰竭、呼吸衰竭等重症, 侵入性操作多, 护理难度大、任务重、风险高, 一直是护理质量管理的重点难点。为进一步提升医院有创动脉监测质量、护理质量, 医院以2017年1—12月ICU收治

的患者154例为对象, 尝试加强有创动脉监测技术管理, 落实精细化优质护理, 现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料 2016年2—12月, 医院ICU共收治患者150

例,纳入对照组。其中男99例、女51例,年龄(60.4±12.5)岁,疾病类型:颅脑创伤38例,急性脑血管病34例,重症感染27例,其他51例。入院首日急性生理学和慢性健康状况评分系统(APACHE II)评分13~36分、平均评分(18.5±3.5)分,机械通气84例,气管切开11例。2017年1—12月,医院ICU共收治患者154例,纳入观察组。其中男102例、女52例,年龄(59.4±10.6)岁,疾病类型:急性脑血管病39例,颅脑创伤33例,重症感染28例,其他54例,入院首日APACHE II评分13~39分、平均评分(18.4±3.2)分,有机械通气85例,气管切开12例。两组对象年龄、性别、疾病类型、入ICU首日APACHE II评分、机械通气以及气管切开情况等临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组给予常规ICU护理,主要包括病情监护、治疗护理、管路管理、并发症护理等。针对有意识的对象,根据患者的状态,安排口头宣教为主的健康教育,配合做好体位调整、脱管预防等工作。对于家属的探视,一般48h内1次,原则上不推荐频繁的探视,通过摄像方法,让家属了解患者的近况,以减少对正常医疗活动的干扰。

1.2.2 观察组在对照组基础上,加强有创动脉监测的技术管理,组建护理技术改进小组,针对常见的护理问题进行质量改进,2017年主要改进问题包括以下几个方面。

1.2.2.1 有创动脉监测:(1)置管首选桡动脉,置管前进行Allen试验置管条件。(2)穿刺置管时尽量在12导联心电图监护下开展,必要时采用超声引导长轴平面内和短轴平面外技术辅助置管^[1]。(3)加强置管周的疼痛预防,局部涂抹利多卡因,必要时推送咪达唑仑帮助镇静,提高置管穿刺的质量。(4)加强置管后的固定,采用改良固定法,在连接处垫1块约2cm×3cm大小纱布预防压疮,采用6cm×7cm无菌透明敷贴固定留置针,采用2条3M加压固定带分别固定在2侧。(5)加强监测的质控,除规范的进行仪器的校准外,还需要重视数值曲线的分析,避免经气泡过滤器回抽动脉血,降低过滤器堵塞风险,减少诊断性的失血。检测过程中重视发现微小气泡,会影响监测质量。(6)重视并发症的预防,间歇性推进冲洗液冲洗,若出现曲线异常、波幅异常,则可能为堵塞,合理地使用如意黄金散、喜辽妥等药物预防静脉炎,采血都采用负压采血,预防空气栓塞。(7)提高拔管质量,拔管前注入1%利多卡因2~3ml减轻拔管疼痛,拔管时必要时进行心电图监测,拔管后在压迫过程中,拔管后喜辽妥等湿敷,直至肿胀消退。

1.2.2.2 针对撤机困难:(1)建立标准化撤机护理:除基本的撤机指征把握、白日撤机外,必要时联合动态脑电图、心电图检测,当日间脑电图、心电图趋于平稳,持续1h以上可尝试撤机。尽量要求家属陪同撤机,陪护在旁,发挥家属的支持作用,所有家属都接受相应的培训,掌握基本的语言安抚、肢体抚慰、眼神沟通技巧,如“护士与医师都在旁边了,不要怕”。其次,撤机前指导患者规律呼吸,引导患者完成一次正念训练,时间20min,此后每调整1次呼吸机参数,便进行肌

肉放松训练1次^[2]。(2)口头通报参数的间隔期间,可佩戴耳机,播放舒缓的音乐,如海浪声、蛙鸣声。

1.2.2.3 针对意外拔管:意外拔管的因素较复杂,主要与自行拔管、操作失误、固定不牢,主要循证对策如下。(1)针对自行拔管,主要以预防谵妄、减轻疼痛为主要目的,主要对策包括进行ICU护士谵妄知识能力培训,学习ICU意识紊乱评估方法(CAM-ICU)、重症监护谵妄筛查检查表(ICDSC)。成立谵妄综合管理小组,识别高危对象,合理地进行评估、交班、镇静,合理地安排时间、地点、人物定向,积极主动地参与患者的语言交流或情感互动,尽量减少约束^[3]。(2)改良立体型经口气管固定法,受压处采用柔软的短管套住,完善更换导管的标准操作流程,悬挂式固定呼吸机导管。

1.2.2.4 针对漏尿:(1)选择合适的型号,无导尿管狭窄、出现导尿口松弛的对象可选择相对更大的型号;(2)改良插管技术,配合呼吸调整、麻醉药物预涂抹、热敷松弛等方法,提高插管的质量,定期开放尿管,必要时安排膀胱平滑肌训练^[4]。

1.2.2.5 针对深部感染:(1)首先,重视预防切口感染,合理地使用预防药物与敷料,如壳聚糖、洁悠神长效抗菌敷料、湿润烧伤膏等,切口敷料需要确保合格,尽量选择具有抗菌作用的敷料;(2)重视引流管理,肥胖开腹手术对象留置的皮下引流管专人管理,特别重视营养状况的改善,预防肠内营养支持不耐受,预防胃肠炎。

1.2.2.6 针对心理问题:(1)首先,当患者病情稳定后,评估患者心理状态、临床表现、严重程度。其次,安排抚触、与患者(有条件家属也需要参加)进行5min左右的沟通,帮助患者减轻躯体症状,引导患者说出自己的心理困境。对于认为上天不公的对象、沮丧自卑自弃的对象,告知创伤是常见病,传递人有旦夕祸福、大难之后必有后福的思想,引导进行反向思考。若患者不配合,拒绝沟通,需要不断尝试吸引患者的注意力,如播放喜欢的音乐,引导患者从悲观、低层的心境中走出来。(2)心理问题缓解后,立即安排诸如肌肉放松、音乐干预、内关穴按摩,抑制神经兴奋性。(3)当患者沟通基本恢复正常后,立即由经过培训的护士进行支持性心理护理。围绕患者关心的焦点心理问题进行深入探讨,强调医院诊疗条件、诊治的规范性。同时强调配合的意义。进行通过举例论证,让患者认识到理想康复的效果,增强对治疗的信心。

1.3 观察指标 ICU相关不良事件发生情况,ICU停留时间,机械通气时间。

1.4 统计学方法 采用SPSS20.0软件进行统计学处理,时间资料比较采用 t 检验,ICU相关不良事件发生情况不同年份比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不良事件发生情况 2017年初次撤机失败、非计划拔管、谵妄、ICU获得性衰弱、创伤心理应激、有创监测问题发生率低于2016年,差异具有统计学意义($P<0.05$)。2016、2017年医院感染发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 2016、2017年不良事件发生情况 (n(%))

年份	n	医院感染	初次撤机失败	非计划拔管	谵妄	ICU 获得性衰弱	创伤心理应激	有创监测问题
2017	154	19(12.7)	10(6.5)	6(3.9)	5(3.2)	4(2.6)	7(4.5)	0(0)
2016	150	24(16.0)	25(16.7)*	19(12.7)*	16(10.7)*	22(14.7)*	17(11.3)*	7(4.7)*

注:与2017年相比,*P<0.05。

2.2 ICU 停留时间 机械通气时间 2017年ICU停留时间、机械通气时间低于2016年,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 2016、2017年机械通气、ICU停留时间对比($\bar{x} \pm s$,h)

年份	ICU 停留时间	机械通气时间
2017	46.3±6.2	35.3±9.4
2016	50.0±9.4*	39.2±8.5*

注:与2017年相比,*P<0.05。

3 讨论

ICU的护理问题较多,在过去护理的质量管理重点放在严重并发症的预防,如重症感染等。研究中,2016年医院感染发生率16.0%,而谵妄、ICU获得性衰弱等并发症发生率居高不下。ICU护理过程中,谵妄、撤机失败等问题居高不下,未能得到系统性的持续质量改进。如有Meta分析显示,ICU谵妄发生率为5%~40%,ICU获得性衰弱发生率为5%~20%,创伤心理应激发生率可以达到10%^[5-6]。以呼吸机撤机为例,ICU初次撤机成功率在60%~90%,绝大多数的撤机失败是可以预防。撤机失败、患者心理应激较高引起腹泻循环紊乱、医院感染等是导致ICU停留时间延长的主要原因之一。撤机失败会延长机械通气时间,从而增加机械通气相关肺损伤、感染发生风险。以上提到的绝大多数不良事件是可以预防,需要重视护理技术改进、流程管理、质量控制。

对于有创监测,尽管能够更有效地反映患者的生命体征特别是动脉血压水平,但是在实践过程中发现监测不准确、堵塞问题非常常见,有创监测问题还常与静脉炎等问题有关,这些问题也是可以预防。

为此,医院2017年加强有创动脉监测的技术管理,组建护理技术改进小组,针对常见的护理问题进行精细化管理、质量改进。结果显示,初次撤机失败等不良事件发生率显著下降,获得医师患者的好评。与此同时,不良事件的减少、撤机成功率的提升,患者的ICU停留时间、机械通气时间明显缩短,反映了不良事件与康复之间的关系。研究中,制定落实护理对策都有足够的循证证据支持,面面俱到,效果肯定,明显提升了护理质量。综上所述,有创动脉监测配合精细化优质护理可以提升护理质量,降低不良事件发生风险。

参 考 文 献

- [1] 黄程,王少雄,刘宏浩,等.重症患者不同病理状态下有创血压与无创血压差异及相关性研究(J).中国地方病防治杂志,2016,31(9):981-982.
- [2] 吴苑清.ICU呼吸重症患者呼吸机撤机时综合干预效果观察(J).齐齐哈尔医学院学报,2016,37(26):3352-3353.
- [3] 蒋巧玲,林月娟,蓝惠娇.改良桡动脉置管方法在危重症患者有创血压监测中的应用(J).医疗装备,2017,30(14):149-150.
- [4] 苏敏仪,覃智颖,邓桂洪,等.集束化护理对留置尿管尿管发生率及发生时间的影响(J).数理医药学杂志,2017,30(9):1400-1402.
- [5] 郑春艳,张欢欢,杨玉金,等.重症监护病房患者发生谵妄危险因素Meta分析(J).实用临床医学,2017,18(7):74-83.
- [6] 王烁,侯婉玲,胡蓉芳,等.ICU患者创伤后应激障碍危险因素的Meta分析(J).中华护理杂志,2016,51(8):915-922.

收稿日期 2018-06-21

(编辑 羽飞)

不同推注时间对预防注射低分子肝素皮下出血和疼痛的影响

王雪艳 孙丹丹 高中敏 郑州人民医院 河南省郑州市 450000

摘要 目的:探讨低分子肝素的不同推注时间对患者皮下疼痛以及出血情况的影响。方法:选择我院2016年5月—2017年11月收治的120例需要进行低分子肝素皮下注射治疗的患者为观察对象,根据注射液推注时间的不同将其分为A、B、C三组,在注射低分子肝素的过程中,A组的推注时间为10s,B组为30s,C组推注时间为10s、停留10s。将三组患者的皮下出血发生率、皮下疼痛评分进行对比。结果:B组和C组患者注射部位皮下出血的发生率均小于A组(P<0.05);B组与C组皮下疼痛评分均低于A组(P<0.05)。结论:在对患者进行低分子肝素注射时,推注10s、停留10s或推注30s后再拔出注射器的方法可降低患者皮下出血的发生率,且患者的疼痛程度较轻,值得推广。

关键词 低分子肝素 注射液 推注时间 皮下注射 出血 疼痛

中图分类号:R473 文献标识码:B doi:10.19381/j.issn.1001-7585.2019.06.068

低分子肝素是分子量相对较低的抗凝剂,为辅助溶血栓药和抗凝血药,主要用于手术后深静脉血栓形成、血栓栓塞