

[8] 杨华强. 腹腔镜内侧入路右半结肠癌根治术临床观察[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(12): 35-37.

[9] 张陈, 魏健, 杨玉辉, 等. 腹腔镜“中间入路”全结肠系膜切除手术治疗右半结肠癌[J]. 腹腔镜外科杂志, 2015, 20(6): 433-436.

[10] 郝云鹤, 王连臣, 侯本新, 等. 腹腔镜下不同入路行右半结肠癌根治术临床疗效观察[J]. 海南医学, 2015, 26(17): 2598-2599.

(收稿日期: 2017-02-03 修回日期: 2017-04-03)

• 临床探讨 •

专业护理小组在 CRRT 救治危重症患者中的应用评价

蔺亚莉¹, 马超慧^{2△}

(延安大学附属医院: 1. 心脏中心; 2. 护理部, 陕西延安 716000)

摘要:目的 探讨专业护理小组的成立在连续性肾脏代替疗法(CRRT)救治危重症患者中的应用价值。方法 选取该院 2016 年重症监护室(ICU)收治的危重症患者 62 例, 按照入院日期分为观察组和对照组, 每组各 34 例。对照组给予常规护理, 观察组组建 CRRT 专业护理小组, 比较两组患者干预效果。结果 干预后, 观察组成员理论考核及技能考核得分均高于对照期, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 同时观察组病死率、并发症发生率均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组满意度高于对照组, 差异有统计学意义($\chi^2 = 4.351, P < 0.05$)。结论 成立专业护理小组可提高 CRRT 救治危重症患者的治疗效果, 降低病死率及并发症发生率, 提高患者满意度, 值得临床借鉴和推广。

关键词: 专业护理小组; 连续性肾代替疗法; 危重症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.050 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)19-2944-03

连续性肾脏替代治疗(CRRT)是利用人体动静脉之间压力差, 驱动血液直接通过一个小型高效能、低阻力的滤器^[1]。以对流的方式清除体内毒素, 纠正电解质紊乱, 调节水电平衡及排除多余的水分。CRRT 具有稳定的血流动力学, 纠正电解质、酸碱、水环境的平衡, 清除中小分子毒素, 促进肾功能恢复^[2]。近年来, 随着重症医学的不断发展成熟, CRRT 在重症的救治过程中起到了越来越重要的作用, 成为危重症患者治疗的有效手段之一。CRRT 在治疗过程中护理干预至关重要, 本文建立专业护理小组对 CRRT 救治危重症的过程进行干预, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2016 年重症监护室(ICU)收治的 68 例危重症患者为研究对象, 按照入院日期分为两组。2016 年 1—6 月入组者为对照组, 共 34 例, 其中男 22 例, 女 12 例, 平均年龄(44.17±7.21)岁; 疾病类型: 急性中毒 10 例, 急性肾衰竭(ARF)11 例, 多脏器功能障碍综合征(MODS)9 例, 重症急性胰腺炎(SAP)3 例, 脓毒症 1 例; 置管方式: 股静脉穿刺单针双腔导管 21 例, 锁骨下静脉穿刺单针双腔导管 13 例。2016 年 7—12 月入组者为观察组, 共 34 例, 其中男 21 例, 女 13 例, 平均年龄(44.35±6.98)岁; 疾病类型: 急性中毒 11 例, ARF 10 例, MODS 11 例, SAP 1 例, 脓毒症 1 例; 置管方式: 股静脉穿刺单针双腔导管 20 例, 锁骨下静脉穿刺单针双腔导管 14 例。本研究已获得院伦理委员会的同意, 全部研究对象均签定了治疗知情同意书。两组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 符合 CRRT 治疗指征者; 年龄≥18 岁; 无严重凝血功能障碍; 近 3 个月有脑血栓、脑出血病史者。

1.2.2 排除标准 伴有精神障碍或沟通障碍者; 伴活动性出血, 如消化道出血、颅内出血者; 滤器材料过敏者。

1.3 方法 采用费森尤斯生产的床旁多功能 CRRT 机进行

治疗; 血滤器型号 AV600, 血液流量为 160~220 mL/min; 采用低分子肝素钠进行抗凝处理, 首剂: 60~80 U/kg, 每 4~6 h 追加 30~40 U/kg; 治疗模式为连续性静脉-静脉血液滤过(CVVH); 置换方式为前置置换, 治疗期间动态监护患者电解质及血气分析, CVVH 1 次/天, 8~24 小时/次, 连续 3~10 d^[3-4]。其中对照组给予 ICU 常规护理及 CRRT 操作护理。观察组成立专业护理小组进行护理, 具体措施如下: (1) 专业护理小组成立。小组成员共 10 名, 包括主任医师 1 名, 副主任护师 1 名, 主管护师 3 名, 护师 3 名, 护士 2 名。入选标准: 自愿参加本研究; 对本研究热情度较高, 责任心强、工作能力强; 熟练操作 CRRT, 对 CRRT 各治疗模式均了解。(2) 护理措施。①小组成员培训, 于 2016 年 6 月进行为期 1 个月的培训, 培训内容为 CRRT 原理、CRRT 常见问题及并发症处理, CRRT 治疗期间观察以及血管通路维护等内容。授课人: 费森尤斯公司学术经理、科室主任、科室护士长。以提高小组成员对 CRRT 的掌握, 及时发现和解决问题, 降低风险的发生。并于培训后对小组成员进行考核, 考核合格者纳入本研究, 不合格者自行学习, 直至考核合格。②血管通路护理, 行 CRRT 治疗的患者均需建立临时的血管通路以满足 CRRT 的治疗, 故在治疗期间为保证血液管路的通畅。对股静脉穿刺置管者应防止屈膝、屈髋肢体摆放, 根据股静脉生理解剖位置下肢外展 45°^[5], 锁骨下静脉穿刺者应防止头向置管侧倾斜, 避免置管处受压。治疗结束时深静脉导管采用脉冲式冲管和正压封管技术。统一配置封管液, 暂时不用的静脉通路 24 h 封管 1 次^[6]。③皮肤护理, 危重症患者具有新陈代谢率低、产热少、免疫功能衰退及营养不良等特点, 是发生压疮的高危人群。CRRT 患者中心静脉置管又要避免体位多变, 以保证体外循环管路的通畅, 无形中又增加了压疮发生的危险^[7]。因此, 要加强患者皮肤护理, 尤其是受压部位的皮肤可以采用局部康惠尔透明贴减压处理, 或使用防压疮的气垫床。同时增加营养的摄入, 对预防压疮也很重要。④并发症护理, CRRT 治疗过程中易因抗凝不足、体外

△ 通信作者, E-mail: zxc26511@163.com.

循环血流量增加、抗凝剂过量而发生凝血、低血压、出血等并发症。本研究在护理前对小组成员进行了系统培训,严格掌握了抗凝剂的用量,无凝血发生,但 1 例患者治疗后出现牙龈出血,经详细观察患者 1 d 后自行恢复,考虑抗凝过量,再次治疗时减少抗凝剂用量无出血发生。其中 3 例患者发生低血压,暂停 CRRT 治疗后恢复。⑤CRRT 质量控制,由主管护师对护理过程进行监督,并每周五进行讨论,主要内容为针对本周行 CRRT 治疗患者中出现的问题及经验分享,以便后期能更好地护理。

1.4 观察指标

1.4.1 理论知识及操作考核 理论考核采取闭卷考试形式,从仪器消毒、血管通路护理、CRRT 警报识别及应对策略、CRRT 治疗期间护理及 CRRT 基本知识等,由费森尤斯学术经理进行出题考核。操作考核主要对上、下机操作、参数设置及物品准备与处理,由主管护师作为考官。考核均采用百分制。

1.4.2 并发症观察 观察两组患者凝血、出血、低血压等并发症的发生情况。

1.4.3 满意情况比较 小组成员查阅大量相关国内外文献,自行设计满意度调查表,对患者本人进行调查,共计 6 个方面。采用 Likert 5 评分法,很满意:5 分,满意:4 分,一般:3 分,不满意:2 分,很不满意:1 分。满意率=(很满意+满意)/总例数×100%。该调查表由 3 名护理专家进行效度分析,内容效度为 0.895,预试验 Cronbach 系数为 0.902。

1.5 统计学处理 采用 Epidata3.1 建立数据库并录入调查数据,数据录入采取双人双份录入,核对无误后应用 SPSS17.0 进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本的 t 检验,计数资料以例或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者考核情况比较 观察组理论考核得分为(95.63±1.11)分,技能考核得分为(96.12±1.32)分;对照组理论考核得分为(89.45±3.62)分,技能考核得分为(82.34±3.08)分,观察组理论考核得分及技能考核得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗效果及并发症比较 观察组病死率(11.76%)、并发症发生率(5.88%)均低于对照组的病死率(32.35%)、并发症发生率(26.47%),差异有统计学意义($\chi^2=4.191, 5.341, P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗效果及并发症比较(n)

分组	n	死亡	并发症				合计
			低血压	凝血	出血	其他	
对照组	34	11	3	1	2	3	9
观察组	34	4	1	0	1	0	2

2.3 两组患者满意度情况比较 观察组满意度(88.24%)高于对照组(64.71%),差异有统计学意义($\chi^2=5.231, P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者满意度情况比较[n(%)]

分组	n	很满意	满意	一般	不满意	很不满意
对照组	34	6(17.65)	16(47.06)	5(14.71)	4(11.76)	3(8.70)
观察组	34	10(29.41)	20(58.82)	1(2.94)	3(8.82)	0(0.00)

3 讨论

近年来随着重症血液净化技术的快速发展,CRRT 已经成为了重要的器官支持手段。国内外指南中均有推荐 CRRT 应用于危重症治疗,其能稳定危重症患者的血液动力学、促进肾功能恢复。CRRT 的特点包括:(1)使用置换液;(2)溶质清除置换液流量可高达 600~4 800 mL/h;(3)超滤率可达 0~6 000 mL/h;(4)血流量达 100~250 mL/min;(5)对于清除中、小分子毒素具有明显效果^[8]。同时 CRRT 在临床应用中具有独特的优势:(1)每天超滤 12 000~18 000 mL 的液体;(2)在模仿肾小球的功能上比血液透析更进一步;(3)比血液滤过更接近肾小球滤过功能^[9]。但因 CRRT 的特殊性,治疗过程中护理干预发挥至关重要的作用。故随着 CRRT 的快速发展,与其相对应的护理操作、护理干预等也在不断进步。王琪等^[10]研究显示,积极有效的护理能够保证 CRRT 的顺利进行,改善患者的预后,减少并发症的发生,提高治疗效果。尹朝霞^[11]报道显示,ICU 危重患者的 CRRT 治疗时间长,劳动强度大,患者病情变化快,护士应具备高度的责任心、敏锐的观察力及灵活的应变力、抢救技能熟练,才有利于 CRRT 的普及。

本研究成立专业护理小组对 CRRT 救治的危重症患者进行护理干预,结果显示,观察组成员理论考核及技能考核得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);同时观察组病死率、并发症发生率均低于对照组;且观察组满意度高于对照组(89.66%/65.22%),差异均有统计学意义($P<0.05$),与以往报道相一致^[12]。主要是由于:(1)CRRT 的治疗清除了患者血液的中、小分子毒素,降低了炎症因子、内毒素水平,从而降低了患者的病死率,提高了治疗效果。(2)专业护理小组中经系统培训的小组成员更加熟练掌握 CRRT 的原理、操作方法、监护方法、问题处理等内容。在患者治疗期间能及时判断患者的异常并作出正确处理,从而有效降低了并发症的发生及程度,更好地促进治疗效果,降低了病死率。(3)成立专业小组后,护士对行 CRRT 治疗的患者均 0.5 h 观察 1 次,并对意识清醒的患者到床旁进行交流,以改善患者的不良情绪,提高治疗信心及配合性,从而加强了患者对医务人员的信任,对护理人员的工作更加满意。

综上所述,专业护理小组的成立可提高 CRRT 救治危重症患者的治疗效果,降低病死率及并发症发生率,提高患者满意度,值得临床借鉴和推广。

参考文献

- [1] 智霞,王景梅,王泽香,等.连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎的护理[J].河北医药,2014,29(2):312-313.
- [2] 李嵘,孙静,李亚娟,等.血液净化急危重症患者 158 例护理体会[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(13):116-117.
- [3] 舒雅娟.血液净化联合中药治疗急性重症胰腺炎合并 MODS1 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(16):104-105.
- [4] Fu X, Liang XL, Song L, et al. Building and validation of a prognostic model for predicting extracorporeal circuit clotting in patients with continuous renal replacement therapy[J]. Int Urol Nephrol, 2014, 46(4): 801-807.
- [5] 马云清,宋丽华.危重病患者连续性肾脏替代治疗血管通路护理管理现状[J].中华现代护理杂志,2011,17(19):2345-2346.
- [6] 强杰,何永清,张敏.连续性血液净化中压疮的监控与护

理[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(35): 4295-4296.

[7] 蒋卓娟, 邵小平. ICU 专科护理小组的建立及效果评价[J]. 解放军医院管理杂志, 2013, 20(8): 779-780.

[8] Yang HT, Yim H, Cho YS, et al. Assessment of biochemical markers in the early post-burn period for predicting acute kidney injury and mortality in patients with major burn injury: comparison of serum creatinine, serum cystatin-C, plasma and urine neutrophil gelatinase-associated lipocalin[J]. Crit Care, 2014, 18(4): 2785-2786.

[9] 李素琴, 冯志坚. 血液净化治疗砷化氢中毒患者的护理[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(19): 1778-1780.

[10] 王琪, 陈晓玲, 仲丽丽, 等. 连续性血液净化技术在糖尿病乳酸酸中毒患者中的应用及护理[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(3): 299-301.

[11] 尹朝霞. 连续性血液净化治疗危重症患者的观察护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(34): 4435-4437.

[12] 施素华, 沈曲, 廖铭铭, 等. 急危重症患者并发电解质紊乱及酸碱失衡连续性血液净化的护理[J]. 护理学报, 2010, 17(8): 31-32.

(收稿日期: 2017-01-29 修回日期: 2017-03-28)

• 临床探讨 •

细致化护理干预在急性有机磷中毒患者中的应用效果

章 莉

(湖北省武汉市中医医院急诊科 430000)

摘要:目的 探究细致化护理干预在急性有机磷中毒(AOPP)患者中的应用效果。方法 选取该院 2014 年 2 月至 2015 年 8 月收治的 134 例 AOPP 患者作为研究对象, 采取随机数字表法进行分组, 将所有患者分为观察组(67 例)和对照组(67 例), 对照组患者均采取常规护理干预, 观察组患者实施细致化护理干预, 对比两组患者不同干预后临床治疗效果、并发症情况及治疗依从性、住院时间, 采取汉密尔顿焦虑量表(HAMA)及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估患者心理状态, 并使用本院自制护理满意度调查表分析患者满意程度。结果 经不同护理干预后两组患者治疗效果对比, 观察组总有效率(98.51%)高于对照组(88.06%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者治疗依从性与住院时间比较差异有统计学意义($P < 0.01$), 观察组患者总并发症率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理干预前两组患者 HAMA、HAMD 评分对比差异无统计学意义($P > 0.05$), 护理干预后观察组患者 HAMA 评分为(11.01±0.32)分, HAMD 评分为(11.89±0.45)分, 对照组 HAMA 评分为(15.89±0.99)分, HAMD 评分为(19.87±1.34)分, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 观察组护理总满意率为 97.01%, 对照组为 83.58%, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 对 AOPP 患者实施细致化护理干预, 可明显提升临床治疗总有效率及治疗依从性, 缩短住院时间、降低并发症发生率, 改善患者心理状态, 且患者满意度高, 安全可行, 具有极高临床研究及应用价值。

关键词:急性有机磷中毒; 细致化护理; 护理效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.051 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)19-2946-03

有机磷化合物对人和动物都有剧毒, 急性有机磷中毒(AOPP)可由于意外事故、违反合理的操作规程以及误服、自杀等引起, 其特点是发病迅速、病情凶险、易反复, 如不及时抢救可危及生命^[1]。抢救 AOPP 患者的关键是尽可能快速, 彻底将患者体内的有机磷农药排出体外, 尽可能减少有机磷吸收。目前治疗多采取洗胃进行治疗, 治疗效果明显, 但同时对患者伤害极大, 给患者带来极大心理阴影。除了及时的抢救治疗外, 及时有效的护理干预对于 AOPP 患者的临床疗效及预后同样具有重要作用。近年来研究发现, 对有机磷中毒患者施行良好的护理干预可有效缓解负面情绪, 提升临床治疗效果, 减少并发症的发生^[2]。为进一步探究 AOPP 患者的有效护理方式, 选取 134 例 AOPP 患者作为研究对象, 对其中 67 例患者进行细致化护理干预, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 2 月至 2015 年 8 月收治的 134 例 AOPP 患者进行分组试验研究, 采取双盲随机数字表法将患者分为观察组与对照组, 每组 67 例。对照组男 35 例, 女 32 例, 年龄 10~50 岁, 平均(22.1±13.6)岁; 甲胺磷中毒 7 例, 敌敌畏中毒 19 例, 马甲磷中毒 9 例, 乐果中毒 7 例, “1605”中毒 10 例, 其他 15 例; 服毒到救治平均时间为(120.5±80.7)min。观察组男 34 例, 女 33 例, 年龄 7~48 岁, 平均(22.2±4.1)岁; 甲胺磷中毒 8 例, 敌敌畏中毒 18 例, 马

甲磷中毒 8 例, 乐果中毒 9 例, “1605”中毒 11 例, 其他 13 例; 服毒到救治平均时间为(118.8±79.4)min。所有患者均符合 AOPP 临床诊断标准^[3]。患者表现为口吐白沫、嘴唇发绀、额头冒汗、面色青灰、肌肉颤动、呼吸衰竭、肺部有湿啰音等典型症状, 血压异常(收缩压 6.5~9.3 kpa, 舒张压 0.0~5.2 kpa), 全血胆碱酯酶 0%~25%。两组患者的年龄、性别、农药种类等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 入院确诊后, 患者均给予洗胃治疗, 根据患者实际情况给予特效解毒药阿托品(抗胆碱药)、解磷定等内科综合性药品, 促进体内毒素的排除; 并保持患者呼吸道畅通, 清理干净患者口腔、鼻腔内分泌物, 若必要可对患者进行气管切开或者气管插管治疗。

1.3 方法

1.3.1 对照组 对照组患者采取常规护理干预主要包括: (1) 洗胃处理, 依据患者情况, 用稀释过后的高锰酸钾溶液进行反复洗胃至水清为止。(2) 口腔护理, 由于患者应用阿托品, 易出现口唇龟裂、口干舌燥等不良反应, 且因插管洗胃或催吐等刺激, 易出现口腔黏膜破损现象, 因此要做好患者的口腔护理。(3) 持续 24 h 监护病情, 观察生命体征, 注意呼吸的频率、节律, 发现呼吸肌麻痹、呼吸衰竭早期表现时报告医生。(4) 向患者家属介绍有关中毒预防、急救知识及中毒后洗胃的必要性。