

occupational-health-nursing-virtual/.

- [34] Center for Occupational Health and Safety Engineering. Faculty [EB/OL]. [2022-05-22]. <https://cohse.umich.edu/research-and-faculty/faculty/>.
- [35] 李希西, 何梅, 王海燕, 等. 医联体内专科护士实践培训基地的建设[J]. 中国护理管理, 2019, 19 (9): 1347-1350.
- [36] 陈娅妮, 蔡雨清, 夏茂红, 等. 微课联合翻转课堂教学模式在危重症专科护士临床实践技能培训中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2019, 5 (6): 160-163.
- [37] 刘娇娇, 李育玲, 于静. 静脉治疗专科护士培养与认证管理模式的构建[J]. 护理学报, 2019, 26 (9): 1-5.

- [38] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. ERC academic programs [EB/OL]. [2022-04-24]. <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-education-and-research-center-for-occupational-safety-and-health/academics.html>.
- [39] 李丹, 冯兰凌, 樊落, 等. 急诊专科护士资格认证与工作现状的研究进展[J]. 护理研究, 2022, 36 (7): 1215-1219.
- [40] 马红梅, 陈湘玉, 冯亚婷. 专科护士的认证和再认证制度研究现状及思考[J]. 护理研究, 2019, 33 (14): 2449-2452.
- [41] 李云龙, 佟明笑, 刘思齐, 等. 专科护士资格再认证研究进展[J]. 护士进修杂志, 2021, 36 (15): 1382-1385.

(收稿日期: 2022-11-01; 修回日期: 2023-02-13)

集束化干预模式在四氯乙烷中毒患者护理中的应用

陈莉萍, 彭雅丽, 李梦蝶, 刘兰

(湖北省中西医结合医院, 湖北 武汉 430015)

关键词: 集束化干预模式; 四氯乙烷中毒; 护理

中图分类号: R135.1 **文献标识码:** C

文章编号: 1002-221X(2023)04-0378-03

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyyx.2023.04.028

对症支持是四氯乙烷中毒患者常用的治疗方法, 但由于部分患者对四氯乙烷缺乏正确的认识和了解, 导致临床治疗依从性差, 影响疗效^[1]。集束化干预模式又称为捆绑式治疗, 是将一系列源于临床实践、具有循证医学基础的治疗及措施归纳为系统化的诊疗步骤, 为患者提供尽可能优化的医疗服务^[2-3]。本文以 2021—2022 年在我院治疗的四氯乙烷中毒患者为研究对象, 探讨集束化干预模式在四氯乙烷中毒患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 对象 将 2021 年 1 月至 2022 年 12 月在我院治疗的 62 例四氯乙烷中毒患者作为研究对象。以 2021 年 1 月—2022 年 7 月入院的 42 例作为对照组, 2022 年 8 月一起群发性中毒收治入院的 20 例作为观察组。对照组男 25 例、女 17 例, 年龄 23~58 (38.49±4.67) 岁, 病程 12~22 (16.97±2.14) d, 临床表现乏力 7 例、食欲减退 12 例、尿色深黄 15 例。观察组男 13 例、女 7 例, 年龄 24~59 (39.15±4.72) 岁, 病程 11~23 (17.15±2.21) d, 体温 38.1~40.2 (39.47±0.63)℃; 临床表现乏力 5 例、食欲减退 11 例、尿

色深黄 17 例。

纳入标准: (1) 有明确的四氯乙烷接触史, 符合《职业性急性化学物中毒的诊断总则》(GBZ 71—2013)、《职业性中毒性肝病诊断标准》(GBZ 59—2010), 临床多表现为乏力、尿色深黄及食欲减退等全身中毒症状; (2) 意识清楚, 能进行沟通与交流; (3) 治疗可耐受。排除标准: (1) 非四氯乙烷中毒或住院期间死亡者; (2) 合并其他杀虫剂或化学药物引起的中毒者; (3) 中途放弃诊疗或转院者。所有病例均签署知情同意书, 该项目已通过湖北省中西医结合医院伦理委员会批准。

1.2 方法 对照组采用常规护理。入院后完善各项辅助检查, 加强患者生命体征监测, 绝对卧床休息。加强重症患者基础护理, 及时清理各种分泌物、排泄物, 保持皮肤干燥, 清洗患者皮肤、毛发残留的药物, 修剪指甲。强化患者心理评估, 掌握患者情绪变化。详细记录患者消化道症状, 准确记录出入量。

观察组常规护理联合集束化干预护理模式。(1) 组建干预小组。由于是群发性中毒, 医院立即进行急救医护人员的调配, 成立救治小组, 建立绿色通道, 在最短时间内将 20 例患者根据病情轻重进行分类处置, 6 例收入重症监护室, 其余 14 例收治在同一病区集中治疗, 由专人收集资料, 排查中毒原因、中毒方式等。干预小组由科主任、护士长、2 名高年资医师、2 名业务素质过硬的护士及 1 名行政人员组成。(2) 强化心理干预。在集束化护理过程中积极邀请专职心理医生参与, 通过集体和个体心理干预相结合的方式, 强化患者心理疏导与治疗。同时, 关注患者家

作者简介: 陈莉萍 (1979—), 女, 副主任护师, 从事门诊管理工作。

属的情绪和心理变化,避免产生过激反应。(3)强化健康宣教。针对四氯乙烷中毒事件原因,告知患者工作环境的危险因素识别和预防,做好自身防护和工作环境的改善。当机体出现不适时,应及时就医,以免延误治疗。(4)安全护理及病情观察。四氯乙烷中毒病程较长,治疗过程中患者常出现躁动不安,故病床宜配有床档,必要时可选择护垫,以防止坠床;动态监测患者体温、呼吸、血压,观察患者瞳孔大小及对光反射等,判断其意识程度;定期检测肝肾功能及尿液等生化指标,鼓励患者多饮水,促进排泄。(5)饮食及口腔干预。避免进食对肝、肾功能有损伤的食物及药物。对于肝性脑病前期或昏迷期患者,嘱其禁食蛋白质,蛋白质摄入量控制在 40~60 g/d (以植物蛋白为宜),鼻饲或静脉葡萄糖供给能量。加强口腔护理,避免交叉感染;强化皮肤护理,减少皮肤的刺激与摩擦,降低压疮发生率。两组均完成 14 d 护理。

1.3 评价指标 (1)抢救疗效及认知水平。记录两组急救反应、使用解毒药、院内抢救及中毒症状消失时间;两组干预前、干预 14 d 后采用简易精神状态检查(MMSE)量表对患者认知水平进行评估,总分 30 分,得分越高,认知水平越佳^[4]; (2)自我管

理水平。两组干预前、干预 14 d 后采用《自我管理 ability 评估表》从自我管理疾病能力、自我监控症状、自我心理调整、发现新问题及时处理、保持良好生活习惯、定期复诊方面进行评估,各项总分均为 10 分,分值越高,自我管理 level 越高^[5]; (3)并发症及抢救效果满意度。记录两组干预过程中呼吸衰竭、肺水肿及脑水肿发生率;两组干预 14 d 采用通用满意度调查问卷从医护配合、紧急应急能力及思维反应进行评估,各项总分 100 分,≥90 分为满意^[6]。

1.4 统计分析 采用 SPSS 26.0 软件处理,计数资料行 χ^2 检验,以例(%)表示;计量资料行 t 检验,采用 $\bar{x}\pm s$ 表示, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组抢救疗效及认知水平比较 观察组急救反应、院内使用解毒药、院内抢救及中毒症状消失时间均短于对照组 ($P<0.05$)。干预前,两组 MMSE 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$); 经 14 d 治疗两组 MMSE 评分均有所提高,观察组高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组抢救情况及认知水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	急救反应时间	使用解毒药时间	院内抢救时间	中毒症状消失时间	MMSE (分)	
		(min)	(min)	(min)	(min)	干预前	干预 14 d 后
观察组	20	9.69±2.34 ^a	12.53±3.29 ^a	15.58±2.41 ^a	23.24±3.69 ^a	26.69±3.25	29.31±0.69 ^{a,b}
对照组	42	16.41±4.98	19.68±4.35	29.73±4.39	37.98±4.56	26.64±3.23	28.02±1.54 ^b
t		5.231	6.324	5.784	7.092	1.092	5.479
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.581	0.000

注: a, 与对照组比较, $P>0.05$; b, 与干预前比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组自我管理 level 比较 两组干预 14 d 后自我管理 level 均有所提高; 观察组自我管理疾病能力、自我监控症状、自我心理调整、发现新问题及时处理、保持良好生活习惯、定期复诊评分高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组并发症及患者抢救效果满意度比较 观察组干预过程中呼吸衰竭、肺水肿及脑水肿并发症的发生率低于对照组 ($P<0.05$); 满意度比较, 医护配合、紧急应急能力及思维反应观察组均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组干预前后自我管理 level 比较 ($\bar{x}\pm s$) [分]

自我管理 level	观察组		对照组	
	干预前	干预 14 d	干预前	干预 14 d
自我管理疾病能力	6.39±0.86	9.02±0.94 ^{ab}	6.37±0.84	7.94±0.90 ^a
自我监控症状	6.12±0.74	8.94±0.83 ^{ab}	6.09±0.72	7.24±0.78 ^a
自我心理调整	5.78±0.71	8.98±0.87 ^{ab}	5.79±0.73	7.01±0.76 ^a
发现新问题及时处理	6.08±0.73	9.15±0.89 ^{ab}	6.10±0.75	7.39±0.79 ^a
保持良好生活习惯	5.84±0.72	9.07±0.88 ^{ab}	5.86±0.74	7.31±0.77 ^a
定期复诊	6.15±0.77	8.85±0.81 ^{ab}	6.13±0.75	7.26±0.76 ^a

注: a, 与干预前比较, $P<0.05$; b, 与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

四氯乙烷中毒多见于职业性中毒,其病情复杂多变,临床表现为无力、失眠、肝肿大,多数患者伴有心理障碍^[7]。因此,四氯乙烷中毒抢救的同时应加强患者护理干预。本研究中观察组采用集束化干预模式,对照组采用常规普通护理模式,观察组急救反应、院内使用解毒药、院内抢救及中毒症状消失时间均短于对照组 ($P<0.05$); MMSE 评分高于对照组 ($P<0.05$)。表明集束化干预模式可缩短患者抢救及症

表 3 两组并发症及患者抢救满意度比较 [例(%)]

组别	例数	并发症				满意度		
		呼吸衰竭	肺水肿	脑水肿	发生率	医护配合	紧急应急能力	思维反应
观察组	20	1 (5.00)	0	1 (5.00)	2 (10.00)	20 (100.00)	19 (95.00)	18 (90.00)
对照组	42	3 (7.14)	4 (9.52)	8 (19.05)	15 (35.71)	34 (80.95)	25 (59.52)	26 (61.90)
χ^2					4.502	4.884	8.276	5.191
<i>P</i>					0.034	0.047	0.006	0.023

状消失时间,明显改善患者认知水平,有利于患者恢复。

四氯乙烷中毒作为突发公共卫生事件,需在短时间内建立成熟、规范的医疗管理体系。集束化干预模式的实施可根据四氯乙烷中毒患者的病理机制和时机,制定积极的治疗目标,并围绕目标设定综合救治方案,具有明确的时间性、目标性和序贯性,为患者提供集中治疗与监护平台,预防救治过程中可能出现的并发症^[8]。本研究中观察组采用集束化干预模式 14 d 后患者自我管理疾病能力、自我监控症状、自我心理调整、发现新问题及时处理、保持良好生活习惯、定期复诊评分高于对照组 ($P<0.05$);救治过程中呼吸衰竭、肺水肿及脑水肿并发症的发生率显著低于对照组 ($P<0.05$);医护配合、紧急应急能力及思维反应等满意度高于对照组 ($P<0.05$),说明集束化干预模式可降低四氯乙烷中毒并发症发生率,提高患者救治满意度,值得推广应用。

参考文献

[1] 侯璐蒙,李嘉嘉,钟娟,等.集束化干预联合闭环管理对 ICU 多

重耐药菌感染的防控效果[J].护理学杂志,2022,37(16):92-94.

[2] 裴理辉,柴宇霞,贾亚南,等.百草枯中毒患者口腔溃疡护理质量敏感指标的构建及应用[J].护理学报,2021,28(11):62-65.

[3] 谢芳,朱丽颖,赵航,等.口服盐酸急性中毒救治一例护理体会[J].中华劳动卫生职业病杂志,2021,39(12):950-951.

[4] 孙丽艳,陈维.一体化急救护理模式在急性中毒患儿抢救中的效果及对免疫力的影响[J].山西医药杂志,2022,51(7):751-754.

[5] 刘静,张海惠,李锦红.前馈控制护理在儿童 1 型糖尿病合并糖尿病酮症酸中毒中的应用[J].海南医学,2022,33(13):1765-1768.

[6] Adole PS, Bora S, Chaudhari VA. Clinical utility of validated gas chromatography-ion trap mass spectrometry in patients with anticholinesterase pesticides poisoning[J]. Anal Biochem, 2021(621):114158.

[7] 王艳晖,岳仙,郝立倩.1 例 PD-1 治疗后继发中毒性表皮坏死松解症合并消化道出血患者的护理[J].护士进修杂志,2022,37(7):668-671.

[8] 苏倩,汪清雅,张婷,等.2015—2020 年重庆市结核菌/艾滋病病毒双重感染患者流行病学特征分析[J].公共卫生与预防医学,2022,33(5):103-105.

(收稿日期:2023-02-26;修回日期:2023-04-27)

1 例急性甲氨蝶呤中毒患者的护理体会

赵梦冰,魏妮

(华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院/武汉市妇幼保健院,湖北 武汉 430000)

关键词: 甲氨蝶呤;中毒;儿童;护理
中图分类号: R595.3 **文献标识码:** C
文章编号: 1002-221X(2023)04-0380-02
DOI: 10.13631/j.cnki.zggyx.2023.04.029

大剂量甲氨蝶呤(MTX)常用于急性淋巴细胞白血病(acute lymphoblastic leukemia, ALL)强化巩固化疗期的治疗^[1]。MTX 在体内蓄积时间过长或浓度过高可引起血液学毒性、肝肾功能损伤、胃肠道反

应和皮肤黏膜损伤等严重不良反应^[2]。MTX 排泄延迟是引起全身不良反应的主要原因^[3]。2022 年 6 月 21 日我院收治了 1 例 ALL 患病 2 月余,大剂量规范使用甲氨蝶呤化疗后出现急性中毒病例。经过医护人员的精心治疗与护理,16 d 后患儿甲氨蝶呤血药浓度监测达标,肾功能正常,好转出院。现将该病例护理体会总结如下。

1 临床资料

患儿,男,12 岁,因诊断 ALL 2 月余,在血液科行规范化疗。2022 年 6 月 21 日患儿 20 h MTX 血药

作者简介:赵梦冰(1987—),女,主管护师,从事中毒急危症临床护理工作。
通信作者:魏妮,主管护师,E-mail:1606483051@qq.com