

2 结 果

患者及新生儿 20 例顺利出院,死亡 1 例。

3 讨 论

3.1 妊娠期高血压及并发症 妊娠期高血压是由于血管内皮细胞受损使血管对血管紧张素 II 的敏感性增高,而对氧化亚氮反应性减弱,导致全身小动脉痉挛,血小板聚集、激活,凝血功能亢进,多器官缺血,低氧和功能障碍,从而出现高血压、蛋白尿等临床症状及一系列并发症。患者全身小动脉痉挛,胎盘微血管血栓形成,导致胎盘绒毛广泛栓塞或坏死,致母胎营养及氧的交换障碍,从而影响胎儿发育。HELLP 综合征(hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome, HELLP)是妊娠期高血压的严重并发症,本病以溶血、肝酶升高及血小板减少为特点,常危及母儿生命。其症状不明显,所以在孕晚期出现上腹部疼痛、全身乏力、恶心、呕吐或病毒性感染的症状时,应引起高度重视,及时做血常规和肝功能检查,以便及早确诊。因此,防治妊娠高血压疾病对降低母儿并发症有重要作用^[4]。

3.2 提高认识 医护人员应提高对妊娠期高血压的认识,认真做好产前检查,及时发现妊娠期高血压,早诊断、早治疗,防止病情恶化。

3.3 加强产前宣教 使患者了解妊娠高血压疾病对母儿的危害。定期产前检查,及时预防和治疗,可减少由妊娠期高血压引发的并发症,提高患者的生活质量^[5]。

3.4 及早纠正高血压 对于轻度妊娠期高血压患者,注意改善饮食,加强营养,自孕 16 周开始每日口服维生素和钙剂,可阻止妊娠期高血压的发展^[6]。妊娠期前列腺素和血栓素比例失调是妊娠期高血压的主要发病原因之一,阿司匹林可使血小板的环加氧酶乙酰化,抑制血栓素的合成,调节胎儿、胎盘、前

列环素和血栓素的比,从而达到预防妊娠期高血压的目的。加强休息,口服降压药控制血压,如上述方法不能控制血压时,应及时住院治疗。应用降压药物时,须密切监测血压,因血压大幅度升降会引起脑出血或胎盘早剥。因此,须根据血压监测来调节降压药物的滴速。

3.5 密切观察胎心及胎动情况 随着孕周的增加,胎盘梗死加重、老化、退行性变、缺血缺氧严重,易导致胎儿窘迫,羊水粪染加重,胎粪吸入率增加^[7]。通过胎心监测了解胎儿有无宫内缺氧情况。

参考文献:

- [1] 苟文丽. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 1980.
- [2] 罗小琴,李琴,胡素芳. 妊娠期高血压疾病对妊娠结局的影响[J]. 中国现代医生, 2010, 48(5): 40-41.
- [3] 彭波,袁秀琴. 妊娠高血压综合征危险因素的 META 分析[J]. 南华大学学报:医学版, 2009, 37(2): 144-146.
- [4] 屠京慧,张莹. 妊娠期高血压疾病 426 例临床分析[J]. 中国当代医药杂志 2009(13): 9-11.
- [5] 曹娜,韩玲. 重度子痫前期合并胎儿生长受限的临床分析[J]. 中国现代医生, 2010, 48(13): 156-158.
- [6] 魏永琴. 维生素 E 在预防重度妊高征发生中的应用[J]. 青海医药杂志, 2005, 35(2): 63.
- [7] 罗晓利. 112 例妊娠期高血压疾病临床分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(8): 749-750.

(收稿日期:2012-01-14 修回日期:2012-03-07)

214 名临床护士心肺复苏技能培训体会

朱英华,董 荔[△]

(重庆市急救医疗中心急诊部 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.15.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)15-1554-02

心搏呼吸骤停是临床最紧急的危险情况之一,而多种心脏疾病均可以导致患者发生心搏呼吸骤停^[1]。近年来随着中国心血管疾病病人数的逐年增多,心血管疾病已成为中国人口死亡的首要原因,触电、窒息、溺水及某些药物中毒等也可发生心搏呼吸骤停。心肺复苏术(cardiopulmonary resuscitation, CPR)是发生心搏呼吸骤停时挽救患者生命、提高救治成功率的关键措施。临床护士必须熟练掌握 CPR 技术^[2]。然而,目前的复苏成功率依然很低,即使是在欧美发达国家,心肺复苏术的成功率尚不及 5%,而中国则不到 1%。在部分医院,临床护士仅在学校学习过 CPR 技术,毕业后很少参加 CPR 技术的模拟培训,对这项技术常感到不自信,甚至不会实施有效的 CPR^[3]。现将本院采用不同培训方式对新聘 214 名临床护士的心肺复苏技能培训效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月至 2011 年 11 月本院新聘

临床女性护士 214 名为研究对象,平均年龄(22.1±1.4)岁。随机分为对照组及观察组,对照组 106 名,按照常规入院技能培训;观察组 108 名,采用多媒体课件及复苏模拟人进行培训。两组护士的一般资料见表 1。两组护士的年龄、学历等方面比较差异无统计学意义。

表 1 两组护士的一般资料比较[n(%)]

一般特征	对照组(n=106)	观察组(n=108)
年龄(岁)		
≤20	23(21.7)	24(22.2)
21~25	75(70.8)	78(72.2)
>25	8(7.5)	6(5.6)
文化程度		
大专	81(76.4)	81(75.0)
本科	25(23.6)	27(25.0)

[△] 通讯作者, Tel:13752823127; E-mail:luckie70dong@Yahoo.com.cn.

表 2 两组护士培训后考核结果比较

组别	n	95 分及以上	90~94 分	80~89 分	80 分以下	平均得分	及格率(%)
观察组	106	20	38	39	9	84.3	91.5
对照组	108	31	46	27	4	93.4	96.3

1.2 方法 两组护士均集中培训 3 d。对照组由培训老师授课,先由老师示范,然后在老师指导下进行操作训练,然后进行考核。观察组则严格按照美国心脏协会(American Heart Association, AHA)的课程安排,先由老师分段播放 AHA 心肺复苏培训课件,同时老师穿插讲授相关的理论知识及操作方法,在讲授的同时让学员一边观摩操作要领,一边在模拟人上分段进行实作练习,最后由老师进行完整的操作示范并进行训练,训练完后接受培训老师考核^[4]。

1.3 评价标准 两组护士培训后均由 3 名考评专家按相同的考评标准进行考核。采取以下评估程序^[5]进行考核分项评分:(1)操作前评估、动作的准确度、熟练程度及流畅性等方面进行评分;(2)对操作总体评价;(3)对护士整体素质进行评分。最后 3 名考评专家汇总考核意见,得出最终评分。95~100 分为优,90~94 分为良,80~89 分为合格,80 分以下为不合格。

2 结 果

两组护士培训后考核结果比较见表 2。

3 讨 论

临床护士在工作中经常会遇到心搏呼吸骤停的患者,能否迅速、有效地实施心肺复苏技术是复苏成功的关键。正确、熟练地掌握心肺复苏技术是一名临床护士应具备的最基本技能。有了这个基本技能,在临床上才能够对心搏、呼吸骤停的患者进行争分夺秒地抢救,才可以有效地提高心肺复苏成功率。越早抢救,复苏成功率就越高^[6]。刚参加工作的护士,年龄小,学历高,接受能力强,但因为新参加工作的护士毕业于不同的学校,学到的技术有不同的操作标准,一到临床就要马上面临实际操作,没有一个统一的操作规程;另外,由于新毕业护士临床工作经验也不足,一到临床感觉面对很多护理操作时手足无措,不能马上适应工作。培训刚参加工作不久的护士有助于提高护士的整体素质^[7]。新护士参加临床工作后分派到各科室无法安排统一时间培训,有的护士会觉得时间紧迫,有的科室由于担心工作影响不能很好地让护士参加培训^[8]。本院将护士统一集中起来培训,给所有护士一个统一的操作规程。经过培训的护士能够很好地掌握心肺复苏技能,有利于临床工作^[9]。随着临床心肺复苏技术的创立和发展,医院开展心肺复苏技能培训已有 30 余年的历史了。以前采用的传统讲授培训方法逐渐也受到一些新颖的培训方法的挑战,比如通过多媒体课件培训效果就明显好于传统讲授练习。本文结果显示:采用多媒体及模拟人分段演示培训的护士心肺复苏技能考核评分显著高于常规培训的护士。多媒体指导练习是一种新颖、可行的心肺复苏技能培训方法,其集图、文、声、像为一体,将教学内

容生动形象、直观地表现出来,给受培训的护士以多种感官上的反复刺激,充分调动了受培训的护士多种获取知识的能力,不但使她们加深了对培训知识的理解,而且极大地提高了学习兴趣;多媒体指导练习方法还明显地减少了指导教师重复示范的劳动负担,也可弥补传统讲授练习方法在时间和空间上的限制。采用多媒体及复苏模拟人分段演示培训方式可以使临床护士更好地掌握心肺复苏技能,有利于提高临床护士的操作水平,值得在临床上推广使用。

参考文献:

- [1] 李玉肖,陈实娥,朱琼. 培训警务人员心肺复苏技能的方法及意义[J]. 中华护理杂志,2006,41(2):158-160.
- [2] 付沫,桂月玲,李玉肖,等. 医院急救中心对警察徒手心肺复苏培训的探讨[J]. 护理学杂志,2006,21(10):1-3.
- [3] 郭丽珠,胡大一. 心脏病患者家属掌握心肺复苏的现状[J]. 中国医药导刊,2008,10(3):325-326.
- [4] Vaillancourt C. Understanding and improving low bystander CPR rates: a systematic review of the literature [J]. J Can Assoc Emerg Physicians,2008,10(1):51-65.
- [5] Axelsson AB, Herlitz J, Holmberg S, et al. A nationwide survey of CPR training in Sweden: foreign born and unemployed are not reached by training programmes[J]. Resuscitation,2006,70(1):90-97.
- [6] Iwami T, Hiraide A, Nakanishi N, et al. Outcome and characteristics of out-of-hospital cardiac arrest according to location of arrest: A report from a large-scale, population-based study in Osaka, Japan[J]. Resuscitation,2006,69(2):221-228.
- [7] 谢美莲,吴瑛,高丽,等. 公众心肺复苏培训效果评价工具的研制和信效度分析[J]. 中华护理教育,2009,6(6):249-252.
- [8] Tok D. Basic life support skills of doctors in a hospital resuscitation team[J]. Tohoku J Med,2004,203(2):123-128.
- [9] Chi CH, Tsou JY, Su FC. Effects of rescuer position on the kinematics of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and the force of delivered compressions [J]. J Resusc,2008,76(1):69-75.

(收稿日期:2012-01-12 修回日期:2012-03-11)

《重庆医学》——中国科技论文核心期刊, 欢迎投稿, 欢迎订阅!