

心肺复苏记录单的设计及临床应用

邹旭敏 周丽萍

心跳、呼吸骤停是立即需要医疗急救的紧急情况,医护人员需及时、正确的判断并快速有效地实施心肺复苏进行抢救。在以往的抢救过程中,护士对抢救实施过程的记录与一般的病情记录相同,对抢救流程中关键抢救步骤和措施记录不到位,容易漏记^[1]。随着社会的进步和病人自我保护合法权益意识的增强,而护士疏于抢救过程的记录,导致医疗纠纷日益增长^[2]。为了及时、准确地记录抢救过程,并力求简单,不耽误各种抢救治疗护理措施的实施,本次研究基于 Utstein 模式^[3,4]及 2010 年心肺复苏指南^[5],自行设计了心肺复苏记录单,应用于临床,效果较好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月浙江大学附属邵逸夫医院武义分院急诊科进行心肺复苏术的病人 186 例为对照组,其中男性 123 例、女性 63 例;年龄 5~87 岁,平均(68.30±17.23)岁,由指定的专业人员回顾审阅 186 例患者病历资料中关于心肺复苏的病程描述、医嘱和护理记录,寻找记录单中的条目信息并进行数据登记。同时选取 2017 年 2 月至 2017 年 11 月本院的 153 例患者为实验组利用本次研究设计的心肺复苏记录单前瞻性收集心肺复苏资料,其中男性 97 例、女性 56 例,年龄 3~82 岁,平均(70.30±20.45)岁。

1.2 心肺复苏记录单的设计

1.2.1 心肺复苏记录单见图 1。

1.2.2 记录单特点及设计依据

1.2.2.1 眉栏部分主要填写患者基本信息及心脏骤停时间及骤停时的临床表现,为病情的判断和抢救

措施的选择提供参考。

1.2.2.2 心肺复苏记录单的表格共分为三部分,记录时的描述使用英文缩写、“√”或数字。

第一部分是病人生命体征及各抢救措施执行情况,左半部分内容为生命体征、心脏按压、除颤、动脉血气、开通静脉等记录内容。意识水平一栏:如病人无反应记录为 U,病人有反应记录为 R;呼吸与通气一栏:如果病人是给予 12 次/分的皮囊辅助呼吸,则在呼吸栏内记录为 12,在通气栏内根据上面的代码记录为 B,而气管插管用 I 表示, M 则表示面罩;氧流量/氧浓度一栏:如果是面罩或皮囊给氧,根据实际给氧情况记录。如果使用呼吸机请记录呼吸机设置的氧浓度。心率/节律一栏:记录动脉搏动的次数或监护仪上的心率。节律栏记录参照记录单下面的附录。无脉搏病人心率栏记录为 0,节律栏内记录为无脉性电活动(PEA)/室颤(VF)/无脉性室速(VT)。血压一栏:如测得的血压为 80/40 mmHg,则在血压栏内记录为 80/40。心脏按压一栏:在心脏按压开始时相对应的时间栏内打钩。如果按压持续进行而未中断,随后的时间栏内则仍需重复打钩。除颤一栏:记录心脏骤停至首次除颤时间及具体的剂量如 360 J 或 200 J。动脉血气采集一栏:在相对应的时间栏内打钩。血糖一栏:根据指测血糖值记录数值。瞳孔一栏:记录方法为:如瞳孔等大 3.0 mm,对光反射正常,记录为左 3 N 右 3 N;如左侧瞳孔 3.0 mm,对光反射正常,右侧瞳孔 5.0 mm,对光反射迟钝,则在左栏内记录为 3 N;右栏内记录为 5 S。开通静脉一栏:在相对应的时间栏内打钩。抢救时该部分内容为 2 min 记录一次。右半部分内容,填写对应时间内的抢救过程,包括气管插管的型号、插入的深度,化验检查及结果,抢救的操作等。

第二部分是药物使用情况记录,其中左半部分

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.02.039

作者单位:321200 浙江武义,浙江大学医学院附属邵逸夫医院武义分院急诊科(邹旭敏);浙江大学医学院附属邵逸夫医院急诊科(周丽萍)

姓名 _____ 性别 ☐男 ☐女 年龄 _____ 床号 _____ 门诊/住院号 _____

心脏骤停时间:

心脏骤停时病情表现:

日期/时间	意识	呼吸	通气	氧流量/氧浓度	心率	节律	血压	心脏按压	除颤(焦耳)	动脉血气	血糖	瞳孔		开通静脉	备注:气管插管型号/深度、各化验检查及结果、操作等			
												左	右					
静脉推注药物												静脉滴注药物						
肾上腺素 时间																		
剂量/mg																		
胺碘酮 时间																		
剂量/mg																		
多巴胺_mg/时间 生理盐水→50 ml 静脉推注																		
ml/小时																		
肾上腺_mg/时间 生理盐水→50 ml 静脉推注																		
ml/小时																		
参与抢救人员												记录护士签名						
意识水平 R=有反应 U=无反应 通气 I =气管插管 B=呼吸皮囊 M=面罩 瞳孔 N=正常 S=迟钝 F=固定						节律 NSR=正常窦性节律 B=心脏阻滞 VF=室颤 P=起搏节律 VT=室速 J=交界性节律 SR=窦性心动过缓 ST=窦性心动过速 V=室性自主节律 A=心搏停止 PEA=无脉搏性电活动						心脏按压、动脉血气、开通静脉以√表示						
第 ____ 页																		

图1 浙江大学附属邵逸夫医院武义分院心肺复苏记录单

为静脉推注栏,列出了常用的肾上腺素、胺碘酮、多巴胺药物,只要在静脉推注栏内在相应药物栏/时间栏内记录药物使用的时间,剂量栏内记录药物的剂量即可。右半部分为静脉滴注药物栏只要在相应的药物栏/时间栏内记录抢救药物的时间和剂量即可。该部分内容应在执行完马上记录。

第三部分是参与人员,填写参与抢救的医生护士的姓名,护士签名栏内填写记录者的姓名。

1.2.2.3 记录单的注释是对表内的代码进行对应的

解释说明。

1.3 评价指标

参考陈园园等^[6]设计的评价方法:

①记录缺失率。包含以下核心条目:心脏骤停病因、心脏骤停发生时间、心肺复苏启动时间、心肺复苏终止时间及首次除颤时间。②记录及时性。心肺复苏注册单记录内容由参与抢救的护士根据医生的口头医嘱及护士操作在抢救过程中完成,后期根据回忆补录资料均计为超时完成。统计分析心肺复苏数据记录缺失率和及时性。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行描述性统计分析、 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心肺复苏核心条目记录缺失率比较见表1

表1 两组患者记录缺失率比较 /例(%)

组别	n	心脏骤停时间	首次除颤时间	心肺复苏启动时间	心肺复苏终止时间	心脏骤停病因
实验组	153	7(4.57)*	0*	11(7.19)*	36(23.53)*	10(6.54)*
对照组	186	34(18.28)	77(41.39)	142(76.34)	98(52.69)	23(12.36)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,两组心脏骤停时间、首次除颤时间、心肺复苏启动时间、心肺复苏终止时间这四项记录的缺失率比较,差异均有统计学意义(χ^2 分别=14.80、81.90、162.10、29.90, P 均 <0.05);而两组心脏骤停病因记录的缺失率比较,差异无统计学意义($\chi^2=3.25$, $P>0.05$)。

2.2 两组心肺复苏记录及时性分析 对照组186例中,相关记录6 h内补记45例;实验组153例心肺复苏相关记录均在抢救过程中完成记录。

3 讨论

心肺复苏是心脏停搏患者复苏的基石,但处在不同地域、不同时间、接受不同急救系统甚至不同医生抢救的心脏停搏患者却可能面临天壤之别的命运。相关研究报道显示:发生于院外的心脏骤停行心肺复苏的成功率仅为4%,而即使发生于院内的心脏骤停行心肺复苏的成功率也只有12%~24%^[7]。实践证明,4 min开始复苏者可能有50%存活;4~6 min内开始复苏者可能有10%存活;6 min后开始复苏者可能有4%存活;10 min以上开始复苏者100%不能存活^[8];心肺复苏每延迟1 min,成功率会降低7%~10%^[9]。临床循证医学表明,心肺复苏质量直接影响院内外心肺复苏结局^[10]。即使操作者完全按照指南的要求实施心肺复苏,其产生的血液循环也只能为患者的心脏提供平时正常血流的10%~30%,给脑提供平时血流量的30%~40%^[11]。因此临床医生必须认识到心肺复苏成功非常难,任何环节的失误都可能成为影响复苏成功的“短板”。为使有关心肺复苏研究标准化、规范化,美国心脏病学会、欧洲复苏学会等机构共同制订了心肺复苏质量评估与报告模式—Utstein模式^[12]。护理病历是护理人员对患者的病情观察和实施护理活动的原始文字记载,新的医疗事故处理条例将护理记录作为病历的重要组成部分,赋予其重要的法律意义^[13]。本次研究心肺复苏记录单列出了抢救时的评

估内容、各项操作、化验结果、用药情况等,由于心脏骤停至首次除颤时间为影响患者存活率最重要的时间间期,故特别指出予以标明。

为了促使急诊科护士在患者紧急抢救过程中能正确、娴熟地使用心肺复苏记录表单,医院急救小组负责学习培训的工作,科室内也把心肺复苏记录单书写要求列入了业务学习内容,及低年资学习培训计划的。医院急救小组从以往的病例中挑选收集典型的案例,并设计情景模拟抢救过程,要求进入培训的护士必须根据规范的心肺复苏术过程填写,情景模拟结束后,对记录单进行点评。本记录单为抢救患者时的护理记录创建了一个标准的记录模板,减少了因记录信息不完整而造成的医疗纠纷,提高了护士的应急能力,提升了护理病历质量的内涵。而该记录单护士只须在对应栏内填写英文缩写、“√”或数字,抢救流程中的记录更为便捷,抢救过程结束时,记录也完成,从而全面、真实的记录临床上抢救患者的全过程。本次研究亦证实,实验组心脏骤停时间、首次除颤时间、心肺复苏启动时间、心肺复苏终止时间这四项记录的缺失率明显低于对照组($P<0.05$),且实验组心肺复苏相关记录均在抢救过程中完成记录。抢救结束后心肺复苏记录单都由质控护士按标准检查相关病历,发现记录中存在的不足,对当班护士进行反馈说明,典型的错误上报至护士长,并定期召开讨论会,针对记录单的各项内容和记录中存在的薄弱部分不断进行总结分析,同时予以不断改进。同时,该记录单在不同程度上反映了护士的思维方式、医学知识扎实程度和工作能力等,不但是患者接受抢救过程的客观记录,而且还是护理知识实践的反应。

通过标准化的记录单还可了解心脏骤停患者在抢救过程中病情变化及抢救过程环节质量,不断发现、分析问题,提出整改措施,加强实践操作培

训,改善目前临床心肺复苏效果不乐观的现状,不断提高心肺复苏质量。

参考文献

- 1 金花花.心肺复苏流程记录单的设计及应用[J].中华护理杂志,2012,47(7):625-626.
- 2 郑丽亚,黄莺.ICU入科及出科病人记录单的设计与应用[J].浙江临床医学,2012,11(14):1455-1456.
- 3 Jacobs I, Nadkarni V, Bahr J, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. A statement for healthcare professionals from a task force of the international liaison committee on resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Council of Southern Africa) [J]. Circulation, 2004, 110(21):3385-3397.
- 4 Fredriksson M, Aune S, Thoren A B, et al. In-hospital cardiac arrest—an Utstein style report of seven years experience from the Sahlgrenska university hospital[J]. Resuscitation, 2006, 68(3):351-358.
- 5 Koster R W, Baubin M A, Bossaert L L, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators[J]. Resuscitation, 2010, 81(10):1277-1292.
- 6 陈园园,黄素芳,王芳.基于Utstein模式心肺复苏注册单的设计与应用[J].护理学杂志,2014,29(24):56-58.
- 7 钟坚,何景招,李少洪,等.急诊抢救心肺复苏成功率提高的原因分析[J].河北医学,2013,19(6):117-118.
- 8 周海林.80例心肺复苏患者的抢救体会及其影响因素分析[J].中国急救医学,2015,35(7)增刊:37-38.
- 9 董士民.心跳呼吸骤停与心肺复苏术[J].临床荟萃,2017,32(3):261-263.
- 10 单怡,万健,伍力学,等.提高心肺复苏术培训质量的方法和效果评估[J].卫生职业教育,2017,35(11):94-95.
- 11 冯庚.美国心脏协会《2013年徒手心肺复苏共识》解读[J].中华全科医师杂志,2014,13(11):884-887.
- 12 Nadkarni V M, Nolan J P, Billi J E, et al. 2010 International consensus on cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency Cardiovascular care (ECC) science with treatment recommendations. Part 2: international collaboration in resuscitation science[J]. Circulation, 2010, 122(Suppl 2):S276-S282.
- 13 陈鹏.病历书写规范[M].杭州:浙江大学出版社,2003:57.

(收稿日期 2018-01-09)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

团体心理辅导结合引导式教育对隐匿性阴茎儿童心理状况的影响

黄丽霞 叶红华 叶剑芳

隐匿性阴茎的表现主要为阴茎海绵体发育正常但出现外观上的阴茎短小,在新生儿到青少年的各个时期均可见^[1]。作为一种先天性的发育畸形,隐匿性阴茎主要因海绵体白膜与阴茎筋膜的异常附着,阴茎皮肤较少所导致。且易引发阴茎头炎症、排尿时难以把持等。隐匿性阴茎患儿存在反复

性的包皮、阴茎头炎症,清洗较为困难,且对患儿的自我形象影响较为严重,如果不及时进行手术治疗,会对患儿造成身体和心理上的双重影响,影响阴茎的生长发育^[2]。近年来,隐匿性阴茎在临床上的发生率逐渐升高,多见于肥胖儿童^[3]。团体心理辅导可通过患儿间团体的互相交流,促进患儿在交往中学习认识自我^[4],本次研究旨在探究团体心理辅导结合引导式教育在隐匿性阴茎患儿中的应用

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.02.040

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院手术室