

于每日忙于常规治疗护理工作,而无法履行管理职能,使护理人员常年处于超负荷的工作状态,造成护理人员身心疲惫,甚至厌恶工作,影响了服务质量。因此,合理地配备护理人员是关键所在。一是数量上配置的合理性;二是专业结构配置的合理性;三是学历层次配置的合理性;四是素质能力配置的合理性;要求人才配置与岗位职责一致<sup>[3]</sup>。不认真查对的主要原因是工作责任心不够,注意力不集中,在治疗、护理、处置过程中未严格执行“三查八对”制度。因此,管理人员要加强督查力度,强调制度的执行及护士的自律性。

3.4 表5显示,绝大多数人员认为要从根本上杜绝护理差错的发生,必须建立完善的安全报告系统,在不公开事件当事人的情况下,针对事件本身进行讨论,分析错误,增加对错误的识别能力。同时管理人员应加强监督管理,通过积累发生错误的不良因素,及时预测隐患,防止差错发生。

总之,加强低年资、低职称人员的安全教育培训,合理配

置护理人员,建立完善的安全报告系统,加强职能管理,是防范护理安全隐患的根本措施。同时护理管理者应转变处罚观念,着重于管理和流程上的改进,淡化对当事人的处理,以从根本上杜绝护理差错的发生。

(本文承蒙广西中医学院科技处处长唐乾利教授协助对数据进行统计分析,谨以志谢)

#### 参考文献

- 1 姜小鹰. 护理管理学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2001:203.
- 2 Cohen MM, Eustis MA, Gribbins RE. Changing the culture of patient safety; leadership's role in health care quality improvement[J]. Jt Comm J Qual Saf, 2003, 29(7): 329-335.
- 3 何敏. 我国护理人员配置现状及研究进展[J]. 护理管理杂志, 2008, 8(3): 22-23.

[收稿日期 2009-05-05][本文编辑 宋卓孙 覃柯滔]

## 护理研讨

# 血管活性药物静脉维持治疗肺炎心衰的疗效和护理

黄丽霞

作者单位: 531500 广西, 田东县人民医院

作者简介: 黄丽霞(1973-), 女, 大专, 主管护师, 护士长, 从事儿科护理及管理工作。E-mail: hlx391@163.com

**[摘要]** 目的 探讨多巴胺、多巴酚丁胺治疗肺炎并心力衰竭的疗效及护理问题。方法 将肺炎并心衰的患儿104例, 随机分为治疗组52例和对照组52例, 对照组给予吸氧、强心、利尿、抗感染常规治疗, 治疗组在常规治疗基础上加用小剂量多巴胺、多巴酚丁胺持续静脉维持治疗并配合精心的护理。结果 治疗组总有效率96%, 对照组总有效率73%, 两组疗效比较, 差异有统计学极显著意义( $P < 0.01$ )。治疗组较对照组住院所需时间明显缩短( $P < 0.01$ ); 两组12 h收缩压和心率监测无明显差异( $P > 0.05$ )。结论 小剂量多巴胺、多巴酚丁胺持续静脉维持治疗婴幼儿肺炎心衰可提高疗效, 缩短病程。

**[关键词]** 多巴胺; 多巴酚丁胺; 肺炎; 心力衰竭; 治疗及护理

**[中图分类号]** R 541.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)10-1107-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.44

婴幼儿肺炎伴心衰是儿内科常见的危重症之一, 常规治疗包括洋地黄类强心药, 利尿及抗炎, 吸氧, 止咳化痰等治疗。我科自2005-01~2008-12共收治婴幼儿肺炎伴心衰104例, 除常规治疗外, 加用小剂量多巴胺及多巴酚丁胺配伍静脉维持, 与对照组比较, 临床疗效显著, 现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2005-01~2008-12我院收治肺炎合并心力衰竭患儿104例, 男68例, 女36例; 年龄2个月~2岁; 均符合1985年全国儿科会议修订的《婴幼儿肺炎合并心力衰竭的诊断标准》<sup>[1]</sup>。患儿入院时烦躁不安、面色苍白发灰、呼吸急促, 重者呈点头式呼吸、三凹征、唇周发绀, 呼吸 $> 60$ 次/

min, 心率 $> 180$ 次/min, 心音明显低钝或出现奔马律, 肝脏达肋下 $> 3$  cm, 体温升高或不升, 肺部闻及湿啰音, 胸片见肺纹理增粗、片状阴影。随机分为治疗组52例, 男36例, 女16例, 年龄2个月~2岁; 对照组52例, 男32例, 女20例, 年龄4月~2岁。两组性别、年龄、病情经统计学处理, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.2 治疗方法 对照组给予吸氧、抗感染、利尿、强心、雾化等治疗。治疗组在上述治疗基础上加用多巴胺、多巴酚丁胺各按 $2.5 \sim 5 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 加入适量5%葡萄糖或者10%葡萄糖用注射泵持续维持, 疗程2~3 d。

1.3 疗效判断 显效: 用药后24 h内呼吸平稳 $\leq 40$ 次/

min, 心率 < 130 次/min, 肝脏缩小, 尿量增加, 患儿安静。有效: 用药后 48 h 内达上述指标。无效: 用药 48 ~ 72 h 后上述各项指标无改善或加重。

1.4 统计学方法 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P > 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 总有效率治疗组和对照组分别为 96.2% 和 73.1%, 治疗组高于对照组 ( $\chi^2 = 10.64, P < 0.01$ ), 治愈天数也短于对照组 ( $t = 10.674, P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 两组疗效比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	平均治愈天数
治疗组	52	40(76.9)	10(19.2)	2(2.4)	50(96.2)	8.16 ± 1.2
对照组	52	25(48.1)	13(25.0)	14(26.9)	38(73.1)	11.18 ± 1.6

2.2 两组收缩压和心率变化比较 两组收缩压和心率比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组收缩压和心率变化比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	收缩压 (mmHg)	心率 (次/min)
治疗组	52	86.50 ± 10.2	144.33 ± 24.30
对照组	52	85.58 ± 11.2	138.44 ± 24.31
<i>t</i>		0.43	1.21
<i>P</i>		> 0.05	> 0.05

2.3 毒副反应比较 治疗组多巴胺、多巴酚丁胺静脉泵入维持, 治疗期间未见外周血管收缩如甲床青紫、皮肤发花症状。

3 护理体会

3.1 一般护理 将患儿安排在单人房间, 保持病房安静, 治疗护理尽量集中进行, 减少不必要的刺激, 遵医嘱应用镇静药, 避免患儿哭闹烦躁而加重缺氧。抬高床头 15 ~ 30° 或由家属抱起, 注意取头高脚低位。喂食少量多餐, 不宜过饱, 以免加重心脏负担。

3.2 保持呼吸道通畅 患儿痰多时, 遵医嘱给予氨溴索注射液生理盐水 20 ml 超声雾化吸入后叩背吸痰。年长儿可边拍边鼓励患儿咳嗽, 目的是通过胸壁的震动, 促进肺循环, 并使小气道内的分泌物松动, 易于进入较大的气道, 有助于吸痰。

3.3 及时有效的氧疗 有呼吸困难、紫绀的患儿应及时给予鼻导管或面罩吸氧, 根据患儿的具体情况如血气分析、血氧饱和度、紫绀等决定吸氧量及吸氧浓度, 缺氧严重、紫绀无明显改善、血氧饱和度持续低于 85%, 可用正压吸氧。

3.4 给予家长心理支持 由于患儿病情危重, 多数家长心理表现焦急。患儿家长的心理反应也会直接影响着患儿治疗与康复<sup>[2,3]</sup>。因此, 医护人员应给予家长心理支持, 向其讲

明患儿的病情、正在采用的治疗方案及预后。清除他们的心理障碍。

3.5 使用血管活性药物的护理

3.5.1 正确配制药液 为保证药量的准确, 先用 1 ml 或 2 ml 注射器抽吸多巴胺针及多巴酚丁胺针注入 50 ml 无菌注射器内, 再抽吸 5% 或 10% 的葡萄糖液注入总量加至 24 ml, 禁用硷性液配伍<sup>[4]</sup>。

3.5.2 控制液体速度 微量泵能精确地维持输液在一个设定的速度, 更准确地按医嘱剂量执行, 使药物在规定的时间内完成, 微量注射泵给药的速度为 1 ml/h, 并使药液在 24 h 均匀泵入, 以维持患儿的血药浓度。

3.5.3 严密观察病情变化 多巴胺、多巴酚丁胺剂量过大时可导致心率加快, 血压升高, 末梢循环障碍加重, 应定时观察心率、血压及末梢循环的变化, 以便随时调整药物剂量。如果血压下降幅度大于原有血压的 20%, 或心率增加达到 20 次/min 时, 应及时停药并报告医生<sup>[5]</sup>。还应观察患儿精神状态, 心音强弱, 紫绀等情况。

3.5.4 保持静脉通道通畅 输注血管活性药物时, 因时间长常引起静脉穿刺部位沿血管走行处皮肤苍白, 甚至药液渗漏引起局部皮肤坏死, 因此, 我们同时建立两条静脉通路, 且使用留置针, 隔 2 ~ 3 h 将血管活性药与另一通道上的其它液体交换滴入, 以减少对血管的刺激。同时严密观察静脉穿刺部位, 发现药液外渗时及时拔针并更换输液部位, 用 50% 硫酸镁或马铃薯切成 2 mm 片敷在渗漏部位<sup>[6]</sup>, 以防外渗药液损伤组织至局部组织坏死。

3.5.5 准确记录出入量 多巴胺扩张血管, 使肾血流量增加起利尿作用, 应详细记录患儿 24 h 出入量, 观察尿量的变化, 同时观察患儿水肿、肺部啰音是否改善, 以了解治疗效果及心衰改善情况。

3.5.6 观察药物不良反应 注意观察有无皮肤发花、心律失常等不良反应。

参考文献

- 1 杨锡强, 易著文. 儿科学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 357.
- 2 闻吾森, 王义强, 赵国秋. 社会支持、心理控制感和心理健康的关系研究 [J]. 中国心理卫生杂志, 2000, 14(4): 258 - 260.
- 3 刘 苓, 汪昌玉, 宋道岚, 等. 儿科住院患儿亲属的心理健康状况及护理对策 [J]. 中华护理杂志, 2002, 37(2): 92.
- 4 黄振华. 在心力衰竭治疗中非洋地黄类正性肌力作用药物再评价 [J]. 中国新药与临床杂志, 2003, 22(5): 303.
- 5 崔 焱. 儿科护理学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 168.
- 6 余元清, 李 玲, 孙 丽. 多巴胺渗漏的原因分析及预防对策 [J]. 西南军医, 2008, 10(2): 12.

[收稿日期 2009 - 05 - 31][本文编辑 宋卓孙 章柯浩]