

技术·思维

在郑州大学第一附属医院急诊医学部的抢救区内,有一个特殊的区域——复苏区。自复苏区设置以来,这里不断创造抢救奇迹,挽救了无数濒危患者的生命。现将复苏区的设置和复苏案例质量管理进行说明。

复苏区的设置和复苏案例质控

□范超林

复苏区位置的选择及所需物品

复苏区是抢救濒危患者(即将呼吸、心跳骤停和已经呼吸、心跳骤停的患者)的区域。该区域的位置必须是抢救状态下抢救区大门打开后能快速到达的区域,且要有一定的缓冲地带。

郑州大学第一附属医院郑东院区急诊医学部的复苏区,设置在正对抢救区大门的抢救单元,抢救区大门和复苏区大门之间的距离约为10米,正好起到了一个缓冲的目的。

复苏区需要的物品如下:

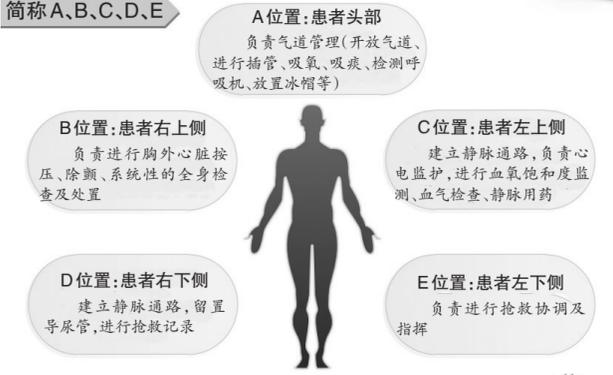
- 1.心电图机;
- 2.除颤仪;
- 3.气管插管套盘;
- 4.骨髓腔穿刺套盘;
- 5.导尿管;
- 6.胃肠减压套盘;
- 7.深静脉置管包;
- 8.心肺复苏机;
- 9.腹部提压心肺复苏仪;
- 10.呼吸机;
- 11.转运呼吸机和氧气筒;
- 12.心电监护仪;
- 13.转运型心电监护仪;
- 14.转运型吸痰器;
- 15.吊塔(电源、气源、氧源);
- 16.吸痰装置;
- 17.转运型电动吸痰器;
- 18.脚踏吸痰器;
- 19.注射泵;
- 20.输液泵;
- 21.治疗车;
- 22.抢救车;
- 23.复苏床;
- 24.脚凳;
- 25.地灯;
- 26.光源;
- 27.钟表;
- 28.区域指示灯箱;
- 29.流程图;
- 30.环形输液轨道;
- 31.隔帘;
- 32.地标;
- 33.口头医嘱登记本;
- 34.医疗废物桶;
- 35.复苏板;
- 36.自动气压止血带。



复苏区站位的固定

ACLS团队复苏成员的定位

简称A、B、C、D、E



美国心脏协会 ACLS 培训和团队复苏流程

抢救定位后的人员训练尤为重要。郑州大学第一附属医院作为美国心脏协会心血管急救培训基地,全体急救医务人员都接受了ACLS(高级生命支持)培训。在该培训中,最重要的一点就是团队在复苏流程中,有指挥、有配合。团队抢救,采用系统化的方法来评估和治疗呼吸、心跳骤停患者以及急性

疾病或受伤患者。复苏团队对呼吸、心跳骤停患者进行干预的目标是建立和恢复氧合。在BLS(基础生命支持)和ACLS中都有系统化的方法,即探查,也就是对患者进行初步评估。若要实现成功复苏,医务人员需要采取多项干预措施。高效的团队合作在实现分工的同时,可以有效提高

复苏的成功概率。好的复苏团队不仅拥有专科医生和精通复苏技能的人员,还要表现出有效的沟通和团队的有序调动。就如我们在执行的过程中,需要不断进行调整和改进,在团队定位的基础上,做好“五位一体”抢救,也会大大提升复苏进程和预后的质量。

复苏案例质控

经过训练之后,在日常抢救过程中,由于成员之间经验和知识吸收度的差异,还会出现各种各样的问题,这就需要一套质控方法来不断提高团队的复苏水平。这套方法用一句话概括就是:根据问题进行专项训练和情景再现。

但是,急诊医学部夜间危重患者明显多于白天,该怎样进行质控呢?遍布抢救室的监控系统解决了该问题。例如,针对复苏过的患者,经过申请由护士长专门观看视频,挑取不足之处,在科务会上进行点评,并进行专项训练,

复苏区日常管理

复苏区大量的抢救器械需要保证百分之百的完好率,以保证医务人员随时可以进入急救状态。

一、基础卫生管理。

目前,郑州大学第一附属医院郑东院区急诊医学部每班次都有专人对复苏区的抢救器材进行擦拭,保证复苏区随时处于整洁有序的状态。

二、专人检测设备。

郑州大学第一附属医院郑东院区急诊医学部每班次都有专人检测设备,并将检测完报告进行粘贴,以确保设备能够百分之百正常使用。同时,设置有

备用设备,以便随时可以替换。

三、抢救车管理。

郑州大学第一附属医院郑东院区急诊医学部对抢救车实行一次性上锁制管理,每班次之间进行锁号交接,大大缩短了交班时间。车主(抢救车管理员)每月将抢救车一次性物品全部换新,保障其有效性和完好性。

四、感染管理。

郑州大学第一附属医院郑东院区急诊医学部在复苏区实行患者离开即消毒制管理,每班都要坚持清洁,每周进行一次彻底消毒。

补足短板;而人员也固定进行轮换,以保证在任何时候上班的医务人员,进行团队复苏操作时都默契而有序。

此外,还可以进行情景模拟训练,选取真实案例,设置陷阱,每月固定进行模拟团队复苏演练,不断提高抢救水平。

五、口头医嘱登记本管理。

口头医嘱登记本放置在抢救车上,并时刻处于打开状态,笔直接别于本上,以便于迅速记录,节省抢救时间,提高了团队复苏的有效成功率。

典型案例

自2016年9月16日以来,复苏区抢救濒危患者近200名,抢救成功率在98%以上。其中,特别经典的抢救案例被广泛宣传。

比如,地下室患者突发心跳骤停抢救成功案例,儿童钙片卡喉成功抢救案例,刀刺伤、钢筋穿喉抢救成功案例等。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

临床笔记

患者卢某,男,48岁,以“双下肢无力15年,肌肉萎缩6年余”为主诉来就诊。

患者自33岁开始出现下肢无力症状,双侧肢体基本对称,15年来下肢无力症状更加明显,下肢肌肉出现了萎缩,一直以来都以“腰腿痛和椎间盘突出(突出)损害神经”的诊断来治疗,早期的腰骶部影像学检查结果也提示存在腰椎间盘突出现象,但是治疗无效。

近两年来,患者下肢无力的临床表现更加明显,出现行走困难、上楼需要扶持他物、不能蹲下起立等,并出现很严重的股四头肌萎缩症状。患者随即来到河南省人民医院肌病专科门诊就诊。

我询问患者家族里是否有人出现同样的症状。患者表示没有。我又让患者蹲下起立、躺在床上自己起身和双臂持续平举等,并对其上肢肌力和下肢肌力(主要是股四头肌、胫骨前肌和腓肠肌)进行了测试:上肢肌力(三角肌4级、肱二头肌4级、伸指总肌5级)、下肢肌力(股四头肌1级、胫骨前肌和腓肠肌3级+),未见下肢感觉障碍,双侧膝腱反射减弱或消失,下肢未引出病理反射。

经过询问、查体和观察,我初步诊断患者为:1.肌肉疾病;2.下肢肌肉无力、萎缩原因待查。此外,我建议患者急诊查血清肌酶谱。2个小时后,检查结果出来,显示肌酶轻度升高。

我告知患者依据其患病年龄、病史、病程进展情况、临床症状等,考虑可能是进行性肌营养不良症(肌营养不良症)。为了鉴别具体是哪一种类型的肌营养不良症,我推荐他去做肌肉活检病理检测。

患者的肌肉活检病理提示:肢带型肌营养不良症(LGMD)。

思考

一、囿于知识的掌握度、对疾病的认知状况、医生的专业方向不同,对某些疾病我们了解得还不够透彻,甚至不甚了解。

二、有许多疾病,虽然我们对它的认识和诊断都很清楚,但是“目前尚无有效的治疗方法”。对此,医生应该对该疾病有一个充分认识、准确判断和对症治疗的管理策略。譬如,该患者的疾病目前尚无特殊的治疗措施,对症治疗和对症治疗是可选择的方法。

三、现代医学的巨大进步,使人们对疾病的了解更加深入。我们相信,对疾病的治疗方案的研究开发水平将来会越来越来高。

四、作为医生,应该对患者所患疾病和治疗方法有清晰的判断和正确的决策,并能为患者和家属提供合理且通俗易懂的建议和解读。

(作者供职于河南省人民医院)

容易引起误诊的肌肉疾病——LGMD

□李六一

本版未署名图片均为资料图片

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《见证》《技术在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《典型病例》《图说》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85967338
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮编:450046

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

结核病防治论坛之二十七

做好预防 远离结核病

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 高三有

结核病是全世界十大致死疾病之一。

人体吸入结核杆菌是结核病的主要感染途径。感染者是否发病,不仅与感染的结核杆菌量有关,更取决于人体对结核杆菌的抵抗力。

当抵抗力正常时,机体的免疫力可以将入侵的结核杆菌消灭,人体就不会出现任何症状,不会发生肺结核;而当机体抵抗力下降时,入侵人体的结核杆菌就能“长驱直入”,导致人体发病。

一般来说,妊娠或分娩后的女性、老年人等抵抗力较弱的人群,罹患糖尿病、硅肺、艾滋病等疾病者,接受血液透析

或长期使用激素、免疫抑制剂治疗的患者,长期处于过度紧张、过度疲劳状态者,与结核病患者密切接触者等,均是结核病高发人群。

此外,结核病疫情在经济不发达的中西部地区发病率最高,比经济发达的东部沿海省份高两倍;农村人口的结核病患病率高于城镇人口。

目前,我国大约80%的结核病患者来自农村;肺结核的患病率随着年龄增加而逐渐增高,在45岁以上年龄组中增加得最为明显;男性、女性的患病率在35岁以前相近,35岁以后男性患病率高于女性患病率。

针对这些情况,我们应从健康教育入手,提高全民的健康素养,以控制传染源为主要手段,从而让结核病远离我们,打造一个和谐健康的社会。

据了解,我国成年居民的结核杆菌感染率可达50%,而发病者仅为少数人,占被感染者的5%~10%。一般情况下,通过结核菌素(PPD)试验可以检测人体是否感染结核杆菌。PPD试验结果为阳性反应者,表示有结核杆菌感染。

在PPD试验中,应用5个IU(国际单位)的PPD进行试验,其一般阳性结果意义不大。但是,用一两个IU高稀释

度的PPD进行皮试,结果呈强阳性时,即提示体内有活动性结核病灶。

在这种情况下,即使患者并没有表现出咳嗽、咯痰、长期低热、盗汗等结核临床症状,也可以对其进行药物治疗,以避免日后其抵抗力降低时出现结核病。

这种措施就是预防性服药治疗,目的就是保护感染了结核杆菌的高危人群,使其不至于成为结核病患者。

结核预防性用药的适应症包括以下几种:
一、结核菌素试验结果为阳性但需要较长时间使用肾上腺皮质激素或其他免疫

抑制剂者。
二、3岁以下婴幼儿未接种卡介苗而结核菌素试验结果为阳性者。

三、结核菌素试验结果新近由阴性转为阳性者。

四、结核菌素试验结果为阳性伴结核中毒症状者。

五、结核菌素试验结果为阳性的,且新患麻疹者或百日咳患儿。

那么,怎样做才能有效预防结核病呢?
一、要及时发现和彻底治愈家庭中患有结核病且痰检结果为阳性的成员。患者在开始治疗的两周内,应尽量减少与儿童的接触。

二、对于已经感染结核杆菌未发生结核病的儿童,尤其是PPD试验结果小于15毫米者,可以进行预防性治疗。

三、新生儿可以接种卡介苗,以提高对结核杆菌的抵抗力,减少严重性结核病(血行

播散性肺结核、结核性脑膜炎等)的发生,但不能完全防止结核病发生。

四、生活规律、平衡饮食、进行适当的户外活动对增强抵抗力有帮助,可以预防结核病的发生。

结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国