

的水柱直接作用于血管内壁，并刺激血管内壁造成患者收缩血管，也可促使上述迷走神经反射活动增强，使患者出现心率减慢、血压下降，出汗，恶心等临床表现。本组 6 例患者在出现症状时脉搏强度减弱，收缩压较置管前降低 5~10 mmHg，但仍在正常范围内，考虑为迷走神经反射增强所致。为降低迷走神经反射活动，操作者选择血管尽量以粗、直、相对独立的贵要静脉为主，超声引导下肱静脉穿刺时宜直刺入血管，若在皮下多次调整针头易触及正中神经致手指发麻或触电感，则会增加患者不适和恐惧感。送管动作要轻柔缓慢，遇阻力不能强行送管，以减轻导管对血管内壁的刺激。建议每次向血管内推送导管不超过 2 cm；冲管时注意缓慢、低压、脉冲式冲管，以免形成的水柱压力过大而刺激血管内壁。

目前我院使用的 PICC 导管有三向瓣膜式和前端修剪的非三向瓣膜式两种导管，本组出现应激反应的 22 例患者均为前端修剪的非三向瓣膜式。分析两种导管的区别在于：前端修剪的非三向瓣膜式导管，开口在导管头端，封管注射产生的水柱从导管头端直接喷出，水流急，对血管壁的冲力大；而三向瓣膜式导管，开口在导管侧方，又有瓣膜阻挡，冲管注射产生的水柱从导管侧方通过瓣膜流出，水流减缓，对血管壁的冲力变小。因此认为导管的构造可能也与此相关。目前国内外对结构不同的 PICC 导管均有使用，但缺乏上述反应的相关报道，有待进一步研究。

当患者出现一系列不适反应时，首先要排除是否因导

管过深引起的心律失常或过敏反应。前者可表现为面色苍白、胸闷、心悸、出汗、呼吸困难等症状，心电图可显示房颤、室上性心动过速等心律；后者也会出现上述症状，但多伴有皮疹、瘙痒等过敏表现。因此患者有不适反应须排除上述两种并发症的可能性。一旦出现心律失常或过敏反应，应立即对症处理。

参 考 文 献

[1] 宋松林, 周国锋, 郑传胜, 等. PICC 管脱落移位心血管腔内的介入治疗 [J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21 (9): 1042-1044.

[2] 赵锐伟, 江南, 申屠英琴, 等. 心内心电图用于 PICC 头端定位的效果 [J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22 (4): 426-429.

[3] 沈晓颖, 周郁秋. 心脏介入诊疗术患者心理干预的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2007, 4 (4): 366-367.

[4] 赵菁, 王京枝, 李双雪. 手术患者心理状态分析及心理护理技巧 [J]. 中国全科医学, 2001, 4 (8): 637-639.

[5] 赵继军, 崔静. 护士在疼痛管理中的作用. [J]. 中华护理杂志, 2009, 44 (4): 383-384.

[6] 陈灏珠. 实用心脏病学 [M]. 上海: 科学技术出版社, 1997: 454.

(收稿日期: 2014-10-26)

(本文编辑: 沈惠云)

批量患者改良法检伤分类登记的应用研究

王歌今

突发事件短时间内伤员多，病情轻重不等，场面混乱。优化流程、建立有效的救治预案，能够使急救工作快捷、有序、忙而不乱，赢得抢救危重伤员的黄金时间，是救治成功的关键^[1-2]。2012 年 1 月以来，淄博市第一医院急诊科对批量创伤患者，实施根据病情佩戴带编号的“红、黄、绿、黑”伤情标示卡并根据卡的颜色和编号选择同一颜色和编号的腕带及两联复印法登记后佩戴腕带，效果满意，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 10 名自愿受试者（检伤分类者不知道具体人数），分为传统组和改良组，分别扮演轻、中、重患者，实施据病情佩戴带无编号的“红、黄、绿、黑”伤情标示卡

和带编号的伤情标示卡，2 种方法检伤分类登记模拟演练各 30 次，观察比较两组检伤完毕后最早得知患者总数及检伤分类结果所需要的时间。

选取 2010 年 3 月至 2012 年 7 月救护的 15~16 人的批量车祸 4 起，依据是否实施带编号的急救标识卡及 2 联复印法登记后佩戴腕带，按接诊时间段分为传统组（实施先登记急诊病历，再登记急诊患者入院登记本，最后填写腕带信息佩戴）和改良组，排除 12 岁以下的患者。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 1。两组护士比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 两组患者一般资料

组别	时间	人数	次数	年龄	男	女	急危重患者	急症患者	非急症患者
传统组	2010-03 - 2011-02	30	2	12 ~ 75 岁	13	17	8	13	9
改良组	2012-01 - 2012-07	31	2	12 ~ 80 岁	18	13	6	10	15

1.2 方法

1.2.1 准备 做好伤情标示卡、急救腕带（见图 1-图 5）、急救门诊病历（见图 6）、腕带夹（急救夹）的制作工作。

(1) 伤情标示卡（为圆形不干胶标签，直径约 5 cm）：红（急危重症），黄（急症），绿（非急症），黑色（死亡），编号为两部分，第一部分为病情分级（红、黄、绿），第二部分为两位数，标识受伤人数。如红 01，黄 01，绿 01 等标识，4 种伤情标示卡按照顺序和颜色排列后折叠备用。

(2) 急救腕带：腕带的颜色和编号与伤情标示卡一致。腕带填写信息的部分长 9 cm，宽 2.5 cm，在上面贴敷两联打印好相关内容的复印纸的备份。其中有一联长 8.5 cm，宽 2.0 cm，标有“历”字，贴敷在急诊病历的一层（最上层）；另一联长 8.5 cm，宽 6.0 cm，标有“登”字，横行折叠 2 次，与上一联平齐。两层两端对齐，在最右边，用订书器钉住，固定于腕带的腕扣边，存放于硬纸板夹内备用。“历”字联的信息内容：急救编号、姓名、性别、年龄、接诊时间、初步印象、首次血压、住址、电话号码与腕带联内容一致；较宽的“登”字联的信息内容：“历”字联的信息内容、接诊医生、护士、治疗措施、转归。颜色、编号与伤情标示卡一致，在最上层的“历”字联上面填写相应信息内容。(3) 急救门诊病历：在急诊病历的右下角，贴敷长 8.5 cm，宽 2 cm 的双面胶备用。(4) 突发事件急救夹：包括制作好的急诊病历、红色腕带，放到每个床前的吊塔上；黄区与绿区急救夹是与 A4 纸张一样大的硬板夹，正面包括制作好的急诊病历、腕带，腕带放在病历上面，用曲别针固定好。反面靠一边，用宽约 0.5 cm，长与腕带夹等同的双面胶贴附，以备贴敷“登”字联。

1.2.2 临床应用 (1) 改良组：进行检伤分类后佩戴笔者自制的红、黄、绿、黑伤情标识卡，各有 2 名护士接诊登记，1 名问诊登记，1 名测量生命体征，登记护士根据伤情标示卡，选择相对应颜色的腕带，在双联复写纸的上层门诊病历联填写急救编号、姓名、性别等空项后，撕下双层信息备用，然后根据此信息填写腕带的资料。将标有“历”字的一联贴于门诊病历双面胶处；及时佩戴腕带；标有“登”字的一联，直接贴附在腕带夹贴敷“登”字联的地方，然后汇总并上报。(2) 传统组：检伤分类时实施据病情佩戴带无编号的“红、黄、绿、黑”伤情标示卡；依次登记病历、急诊患者登记本、腕带信息后，给患者佩戴同一颜色（白色）的腕带。

1.3 评价指标

观察比较两组自愿受试者检伤完毕后，最早得知患者总数及检伤分类结果所需要的时间，及两组事件发生后护士登记每个患者信息（急救门诊病历、急诊患者入院登记本及填写佩戴腕带）的时间（查看录像）；护士满意度比较。

1.4 统计学方法

数据分析用 SPSS13.0 统计软件，计量资料采用均数 ±

标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计量资料采用成组 t 检验；等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。



图 1 红色复印功能的腕带最上层急诊病历联



图 2 红色腕带中间层登记联



图 3 红色腕带最底层



图 4 绿色腕带



图 5 黄色腕带

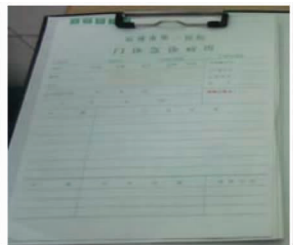


图 6 制作好的急诊病历

2 结果

两组自愿受试者检伤完毕后最早得知患者总数及检伤分类结果所需要时间见表 2。两组登记时间比较见表 3。护士对两组检伤分类模式工作满意度评价情况比较见表 4。

表 2 两组自愿受试者检伤完毕后最早得知患者总数及检伤分类结果需要时间比较 (min, $\bar{x} \pm s$)

组别	人数	次数	最早得知检伤分类结果的需要的的时间
传统组	10	30	3.38 ± 0.34
改良组	10	30	2.60 ± 0.31

注：与传统组比较， t 值 = 9.286, $P < 0.05$

表 3 两组患者登记时间比较 (min, $\bar{x} \pm s$)

组别	突发事件发生次数	人数	登记时间
传统组	2	30	3.2 ± 0.24
改良组	2	31	2.2 ± 0.17

注：与改良组比较， $t = 18.94$, $P < 0.05$

表 4 急诊科护士对两组检伤分类模式工作满意度比较

组别	人数	满意	基本满意	不满意
传统组	30	12	13	5
改良组	30	25	4	1

注：与传统组比较， $V=2.93, P<0.05$

3 讨论

目前创伤是当今人类死亡的主要原因之一^[3]，伤情鉴别分类是群体医疗救助最先采取的救治行动^[4]。用于军用与民用批量伤员的检伤分类，基本上使用相同的色卡：红、黄、绿色标识病情^[5]，没有提及应用编号的色卡。本研究结果显示：对创伤批量患者，根据病情佩戴带编号的“红、黄、绿、黑”伤情标示卡检伤分类并根据急救卡的颜色和编号选择同一颜色和编号的腕带及 2 联复印法登记后佩戴腕带，有利于最早得知患者总数、检伤分类结果及缩短登记时间。

建立腕带标识制度，作为辨别患者的有效手段，但有报道 13.21% 的护士认为增加了工作量^[6]。本研究结果表明：此种腕带使用方便，有助于身份识别。

本研究改良组的效应良好，分析原因主要与下列因素有关。(1) 避免再次清点患者数，能及时对“三无”患者命名，有 3 例患者是三无患者，笔者用代号加性别进行标识如红 01 男、红 02 女等标识。带有复印功能的腕带备份，只要询问患者一次，节省了填写时间，避免了差错。(2) “历”、“登”字联的信息内容与门诊病历、腕带的内容相吻合，手写的资料符合病历书写的规定。“登”字联，是登记的内容，实施此种分散登记，避免了有很多患者在有限时间内等待登记的现象发生（还有非突发事件就诊的登记）。登记联是第一层复印，内容清晰，短时间不易淡化模糊，打印成电子版后，此联便弃去。根据“历”、“登”字

联的信息用圆珠笔填写腕带内容，节约时间，且手写清楚不易抹掉及淡化。

本研究显示，改良组的护士满意度明显提高，1 人不满意，认为早期准备工作较繁琐，建议厂家定做。早期设想应用 3 联复印法登记（多一层“复印腕带联”）应用与腕带内容颜色内容一致的复印纸，应用后发现，虽然节省时间，但字迹易淡化，所以又做了改进。

综上所述，批量患者来诊后，根据病情佩戴带编号的“红、黄、绿、黑”标识卡检伤分类后，再根据标识卡的颜色和编号实施 2 联复印法登记后佩戴腕带是实用、可行的方法。今后需要更大样本的研究来支持，其具体实施方法也有待于进一步探讨和改进。

参 考 文 献

[1] Lebmann RK, Arthurs ZM, Cuadrado DG, et al, TRAUMA team activation: simplified criteria safely reduces over [J]. Am J Surg, 2007, 193 (5): 630-635.

[2] Hoyt DB, Coimbra R. Trauma systems [J]. Surg Clin North Am, 2007, 87 (1): 21-35.

[3] 林珮仪, 陈晓辉, 江慧琳, 等. 广州市 2010 年突发群体事件院前急救分析 [J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21 (6): 661.

[4] 谢丽华, 赫荣国. 儿童应急医疗救助面临的问题与研究进展 [J]. 中华急诊医学杂志, 2014, 23 (7): 829.

[5] 郑静晨. 现代灾害医疗救援五项技术 [J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22 (2): 117.

[6] 赵菁, 李小峰. 标识腕带佩戴执行欠佳的原因分析与对策 [J]. 护理学杂志, 2010, 25 (19): 47-49.

(收稿日期: 2014-10-07)

(本文编辑: 何小军)