

一致。其中经常倒班是排在首位的压力源,是由于我国卫生体制改革及人事编制有限。随着社会对护理服务需求日益增长,为缓解护理人力短缺的矛盾,各级医院不同程度地聘用临聘护士。临聘护士已成为护理队伍的重要组成部分。

3.2 急诊工作性质和特点决定了急诊护士工作无规律,在护士严重缺编的情况下临聘护士频繁倒班,扰乱了正常生理节律,易引起身心疾病,同时对家庭生活和社交活动产生不良影响,使临聘护士压力升高。其次是目前多数单位未实行同工同酬,临聘护士待遇低于在编护士,晋升机会少,付出往往得不到重视和认可,物质和精神回报均低于期望值。而且医院减员首先辞退临聘护士,有被歧视的感觉。长期的付出与回报间的不平衡是造成合同护士压力的重要原因^[4]。因此,护理管理者应健全奖金分配制度,完善社会保障制度。针对不同发展阶段的聘用护士采取针对性管理,鼓励多学习,为临聘护士争取更多外出进修机会,让临聘护士在各自工作岗位有归属感、成就感,缓解和减轻工作压力。护理管理者加强人性化管理,关爱聘用护士、制订合理的排班制度,提高夜班补助,灌输值夜班不仅仅是工作需要,更是有利于积累工作经验、提高自己工作能力的思想。

3.3 急诊科护士护理任务重,风险高,所从事的急救工作有太多的不确定因素,而急诊患者的病情变化快,工作中突发事件常见,要求护士具备很强的应变能力,是处于高压力的职业群体之一。分析其原因可能由于急诊护士工作的高风险、待遇的不公平性、职业发展通道受阻等,这种特殊的工作性质和特点给他们带来了比其他护士更大的工作压力。

3.4 急诊临聘护士由于工作稳定性差,职业前景不乐观,繁重的急救任务使护士个人价值的内心期望与现实冲突,部分临聘护士心灰意冷,身心长期处于紧张疲劳状态。由于招聘护士大多工作时间短,缺乏扎实的护理理论知识和急救技能,不能较好胜任目前医疗新技术的引进、护理工作复杂程度提高的需求,导致医生不满,家属指责。这是产生心理压力的主要原因^[5]。管理者应加强急救技术和护理技术操作培训,提高操作成功率。

3.5 职业潜在危害性与保障制度

3.5.1 急诊护士由于频繁接触患者血液、分泌物、呕吐物、排泄物等,受到乙型肝炎、艾滋病、丙型肝炎等的感染机会增大,这些也给急诊护士造成极大的心理压力。应加强自身防护,提高职业防范意识。接触患者血液、分泌物、排泄物时应戴口罩、手套。防止工作中针刺伤,以减轻潜在危害。

3.5.2 人身伤害的风险。(1)院前急救过程中有很多不可遇见性因素,如车祸伤、摔伤等。(2)急诊患者病情或伤情危重,

尽管医护人员尽力抢救,但仍不能挽回患者生命或患者致残时,家属难以接受,对病情难以理解,因而迁怒医护人员,提出一些不合理要求,甚至发生打骂医护人员的现象,使护士身心受伤。这些都会有意无意地给护士施加压力。由于目前社会对临聘护士保障机制不健全,使他们心理压力明显高于在编护士。因此,应改善社会环境,建立健全保障制度,有针对性地对护士进行减压训练,提高护士应对压力的能力。

3.6 急诊临聘护士应对能力 积极的压力应对方式有利于个体的健康和职业的发展,调查中经常采用的 7 种应对方式中有 5 项措施是积极应对方式,其中“寻求业余爱好”及“与人交谈倾诉烦恼”是常用的应对方式,可能与临聘护士队伍年轻,富有朝气,对生活充满好奇和信心,遇到工作中的各方面压力时会倾向于乐观积极的态度去面对。

4 结 论

随着我国医疗体制改革,医疗、护理服务逐渐市场化,临聘护士的存在是医疗体制改革的必然产物,临聘护士因其身份、地位的特殊性和待遇的不公平性已给其带来了巨大的工作压力,特别是急诊科护士护理任务重,风险高,所从事的急救工作有太多的不确定因素,而急诊患者的病情变化快,要求护士具备很强的应变能力,随时根据变化采取适当的应对措施。因此,急诊临聘护士应学会自我调节,加强心理素质和专业知识学习,选择良好的生活方式,减少工作压力。医院管理者应制订相应的政策,改变临聘护士工资待遇低等现状,为其提供更多的学习、进修和晋升机会等。针对不同发展阶段的临聘护士采取有针对性地管理和培训措施,从而促进临聘护士更多的采用积极应对方式来减轻工作压力,为展示临聘护士才能提供一个更广阔的平台。

参考文献

[1] 钟小勤,李晓俊.合同制护士思想状况调查与分析[J].护理管理杂志,2003,3(3):12-14.

[2] 吴欣娟,张晓静,高凤莉.护理人员离职意愿与工作压力相关性研究[J].中华护理杂志 2003,35(4):197-199.

[3] 陶艳玲,张帆,钟慈新,等.护士压力与应对现状分析及对策[J].中国护理管理,2005,5(1):41-43.

[4] 杨云丽,吕俊燕.如何缓解护士在工作中产生的心理压力[J].内蒙古中医药杂志,2002,4(1):34-35.

[5] 向艳君.医院合同护士压力源及其影响因素的调查与分析[J].中华现代护理杂志,2008,14(23):24-53.

(收稿日期:2010-05-28)

妊娠合并人类免疫缺陷病毒感染孕产妇分娩的护理和防护体会

黄 巧(重庆市妇幼保健院 400013)

【关键词】 妊娠; 人类免疫缺陷病毒; 孕产妇; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.058
中图分类号:R512.91 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)18-2018-02

艾滋病是感染人类免疫缺陷病毒(HIV),机体免疫功能严重损害,以血液、性传播和母婴传播为特征的传染性疾病。近几年,HIV 感染呈上升趋势,特别是孕产妇感染 HIV 人数有

不断攀升趋势。

1 临床资料

1.1 一般资料 本院 2008 年 1 月至 2009 年 12 月共有 11 例

妊娠妇女感染 HIV 而住院。其中自然分娩 7 例,剖腹产分娩 4 例(表 1)。年龄 23~35 岁,孕周 26~39 周。最新结果表明, HIV 感染妊娠妇女后首选的分娩方式是剖腹产,因为剖腹产分娩可以比自然分娩减少新生儿感染 HIV 的危险性,但本院 11 例妊娠妇女中仍有 7 例由于各种原因(入院时宫口已开大,妊娠妇女坚决不愿意剖腹产等)选择了自然分娩,而且有 2 例妊娠妇女是在自然分娩后检测出感染 HIV。所以加强孕期全面产前检查对妊娠妇女及医务人员都是非常必要的。

表 1 11 例妊娠妇女一般资料

时间(年)	n	发现时间		分娩方式	
		分娩前	分娩后	自然分娩	剖腹产
2008	5	4	1	3	2
2009	6	5	1	4	2
合计	11	9	2	7	4

1.2 感染特征 见表 2。

表 2 11 例妊娠妇女感染特征

病例	年龄(岁)	婚姻状况	不良生活嗜好		合并其他性病	其他感染	传播途径
			吸毒	不洁性生活史			
1	23	已婚	无	有	无	乙肝大三阳	不详
2	28	已婚	无	无	无	无	不详
3	30	未婚	有	有	梅毒	无	不洁性生活史
4	35	已婚	无	无	无	乙肝大三阳	不详
5	29	已婚	无	无	无	无	不详
6	30	已婚	有	无	无	无	不详
7	32	已婚	无	有	无	丙肝	不详
8	31	已婚	无	无	无	无	不详
9	26	已婚	无	无	无	无	不详
10	26	已婚	无	有	无	乙肝小三阳	不详
11	24	已婚	无	无	无	无	不详

2 病房护理及防护措施

2.1 心理护理 妊娠妇女自知感染 HIV 时感到悲伤、沮丧、自尊心受损、抬不起头,此时她们紧张焦虑、恐惧,甚至有轻生的念头,对治疗和预后更不抱任何希望。医务人员首先应与妊娠妇女沟通,消除隔阂,并遵守职业道德,尊重患者的权利,对疾病做好保密工作,从而取得妊娠妇女的信任。另外应积极做好家属的思想工作,向家属讲解日常生活和工作中不会传染 HIV 的知识,减轻他们的顾虑,让他们多关心和帮助妊娠妇女。

2.2 防护措施 患者置单人病房,设专用的体温计、血压计及听诊器,氧气装置,心电监护等,备专用垃圾袋,护士在接触到孕产妇的分泌物、排泄物、血液或组织黏膜时必须戴上双层乳胶手套,在进行容易发生血液、体液喷溅的治疗护理操作时要穿一次性隔离衣,戴口罩、帽子、防目镜并穿鞋套。

3 产房护理及防护措施

3.1 戴上双层手套 助产士在接触孕产妇的血液、羊水、阴道分泌物、排泄物时应戴上双层乳胶手套。研究证明,手套不能确保对病毒的隔离,试验出现的 1/3 的病毒(如 HIV 和肝炎病毒大小的颗粒)可以通过,而双层手套可使因穿孔而使皮肤污

染率降低 5 倍。

3.2 口罩、帽子、防目镜 助产士在接产过程中,孕产妇的血液、羊水可能溅出,特别是有些孕产妇在宫缩疼痛时完全不能配合,更会发生该情况,所以一定要戴上口罩、帽子、防目镜。另外,台下的巡回护士也应做好相应的防护措施。

3.3 一次性手术衣、高桶橡胶防水鞋 分娩过程中,助产士很难避免被孕产妇血液、羊水、排泄物污染。接产时应穿一次性手术衣、高桶橡胶防水鞋。一次性手术衣里有不透透的塑料薄膜,能有效地阻断血液等与皮肤的接触。

3.4 规范助产士的操作行为 (1)适时进行人工破膜,如果是自然破膜,尤其在前羊水囊量多时,水囊张力大,破膜时会引起羊水四溅,造成产床、地面及其他环境的污染。所以应选择适宜的破膜时机,让羊水缓慢地流出。(2)尽量不做会阴侧切,减少创口出血,减少新生儿、助产士与血液接触的时间和机会。(3)避免助产士操作中的针刺伤及锐器伤,若胎儿过大或会阴发育不良。撕伤已不可避免,在只能做会阴侧切的情况下,一定要规范操作行为,操作时光线充足,集中进行,缝合时不要用手去探测缝针的深浅,出针时用镊子或血管钳接针,千万不要直接用手去接触,以防不慎刺破手指。另外,千万不要触碰使用过的一次性注射器,输液器针头上盖针头套。

4 医务人员发生暴露的处理措施

护士、助产士是最多接触 HIV 产妇血液、体液的人群,随着 HIV 感染产妇数量的增加,护士、助产士发生感染 HIV 的概率也在增加,在发生暴露后,对应的处理措施相当重要,处理措施如下。

4.1 用肥皂水和流动水清洗污染的皮肤,用生理盐水冲洗黏膜。

4.2 如有伤口,应在伤口旁轻轻挤压,尽可能挤出损伤处的血液,再用肥皂水和流动水进行冲洗,禁止进行伤口的局部挤压。

4.3 受伤部位的伤口冲洗后应当用消毒液(如 75%乙醇或 0.5%碘伏)进行消毒,被暴露的黏膜应当反复用生理盐水冲洗干净。

4.4 在护士暴露于 HIV 时不必等确认报告,应尽快进行预防性治疗,高效抗反转录病毒治疗,是目前世界上公认的能有效预防 HIV 职业暴露的措施。

4.5 在发生上述职业暴露后,应定期抽血检查 HIV 抗体至 6 个月(即暴露自第 6 周、42 周和 6 个月),以了解是否感染 HIV。

5 消毒隔离

HIV 病毒在正常的环境下生存能力不强、易受高温、家用清洁剂、漂白粉及乙醇等破坏。所以,临床上常用高压蒸气灭菌和化学灭菌剂灭菌。

5.1 患者专用的体温计、血压计、听诊器、心电监护仪、氧气装置等,用 75%乙醇或含氯消毒剂擦拭消毒,分娩时污染的器械如:止血钳、镊子、卵圆钳、弯盘等,应先高压蒸气灭菌或煮沸消毒,然后再清洗,清洗后再消毒。

5.2 患者的衣服和个人物品,除有肉眼能看到的血液和体液污染外,一般不作特殊处理,一旦污染,用含氯消毒剂消毒。被单、布类血液污染应用含氯消毒剂浸泡消毒以后再高压蒸气灭菌,大量被血液、体液污染的物品,患者使用的敷料及纱布及防护物品均要装在不漏水的双层塑料袋中,一同焚烧。一次性注射器、输液器用后直接放入利器盒中;明确标明传染标志,集中焚烧处理。

5.3 收集患者的化验标本(血液、体液)时,应戴双层手套,避

免污染容器表面和化验单,外送时应专人取送,并标明传染标本,标本要经消毒处理后才能弃去。患者的排泄物、分泌物用 10%漂白粉液按 1:2 的比例搅拌均匀,消毒 30 min 后倒入下水道,出院后便盆焚烧处理。

5.4 产床、地板、墙壁应用 75%乙醇或含氯消毒剂擦拭,病房每日用臭氧消毒机消毒。

6 小 结

近几年,HIV 感染孕产妇的数量在增加,在妇女保健工作中,应加强妇女防治 HIV 感染的宣传教育工作。如发现 HIV 感染的育龄妇女,应劝其不生育,如已妊娠,应及时终止。如妊娠妇女坚持妊娠,从妊娠到分娩要采取一系列预防性控制工作。对医务人员来讲应加强 HIV 知识及职业防护技能的培训,对防治 HIV 避免医源性感染也是十分有必要的。只要医

务人员在临床工作中严格遵守安全操作规程,正确掌握预防和控制 HIV 职业暴露的防护技术,工作中严谨认真、努力杜绝或减少意外损伤事故的发生,就会减少职业暴露和机会,就能把 HIV 感染医务人员的危险性降到最低。

参考文献

[1] 罗玉蓉,刘阳,张绍花,等.湘西自治州 27 317 名无偿献血者抗-HIV 的检测 results 分析[J]. 检验医学与临床,2009,6 (11):880-881.
[2] 蓝惠玲.助产士对 HIV 感染孕产妇的自我防护和管理 [J]. 现代医院,2008,8(8):8-9.

(收稿日期:2010-03-27)

1 例成人主肺动脉窗介入治疗的护理

顾赛男,曹爱芳(上海市长海医院心血管内科 200433)

【关键词】 主肺动脉窗; 介入治疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.059

中图分类号:R543.2

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)18-2020-01

主动脉瘤的血液动力学改变类似于动脉导管未闭、室间隔缺损和永存动脉干,分流量主要与缺损大小和肺血管阻力有关。现将本院 1 例成人主肺动脉窗介入治疗的护理体会报道如下。

1 临床资料

患者,女,35 岁。因反复心慌、气促 6 年余,加重 4 d,于 2009 年 8 月 17 日收入本院内科。患者 2003 年 10 月无诱因出现心慌、气促,上述症状于 2005 年分娩第 2 胎后渐加重。2009 年 8 月就诊当地医院,心脏彩超示主动脉-肺动脉之间有一大小为 8 mm 的缺损,缺损处可见高速连续双期的过隔血流。遂入本院治疗。入院后体检:听诊肺动脉瓣听诊区可闻及 4/6 级收缩期雷鸣样杂音,向左腋下传导。主动脉瓣听诊区可闻及舒张期 2/6 级杂音,二尖瓣听诊区可闻及 3/6 级全收缩期杂音。复查心脏彩超:主-肺动脉间隔见一宽 7 mm 缺损,彩色显示呈左向右分流,心脏 EF 42%。确诊为先天性心脏病,主肺动脉窗。经积极术前准备,于入院第 2 天在局麻下行主肺动脉窗封堵术。术中建立右股动脉→主动脉→主-肺动脉缺损→肺动脉→右股静脉轨道,送入 14 mm A6B2 型室缺封堵器,重复主动脉根部造影见封堵器位置良好,少量残余分流^[1]。听诊胸骨左缘舒张期杂音消失,收缩期杂音减轻,释放封堵器。术后返回病房。考虑置入的封堵器较大,为防止血栓形成,给予肝素抗凝,24 h 后改用半衰期较长的低分子肝素皮下注射,术后第 1 天伤口无渗血渗液,复查血常规血小板 $82 \times 10^9/L$,术后第 3 天患者全身出现散在的出血点停药阿司匹林,停低分子肝素皮下注射,术后第 6 天复查心脏彩超:封堵器位置良好,未见明显穿隔血流,无残余瘘,血小板 $34 \times 10^9/L$,查体新生出血点少,术后第 9 天血小板计数 $52 \times 10^9/L$,全身无新生出血点后出院。

2 术前护理

2.1 心理护理 患者小学文化程度,对介入治疗缺乏了解,存在紧张、焦虑的心态,护士向患者简单介绍手术方法及手术的先进性,消除患者的不良情绪^[2]。

2.2 术前准备 患者术前做好血液检验、胸片、心电图、心脏彩超等检查。一一向患者说明检查的目的及注意事项,并联系好按时接送。手术前 1 d 向患者做好术前宣教,佩戴手腕识别带,给予外周静脉留置针。因患者需穿刺股动脉,术后术侧肢体制动 12~24 h,指导患者做好床上大小便训练。做好青霉素及碘过敏试验,手术当天对脐以下及膝以上备皮。

3 术后护理

3.1 心电、血压监测 患者主肺动脉窗封堵术后需要严密观察有无严重并发症的发生,包括封堵器脱落、心脏压塞、心律失常等^[2],需要观察心电、血压变化。返回病房后立即行床边心电图,并予心电遥测密切跟踪观察心电图示波的变化,每 30 分钟测血压 1 次,连续 6 次,同时观察电解质的变化特别是血钾值,以免恶性心律失常发生。本例患者心电遥测示:窦性心律偶发房早。血压均在正常范围。

3.2 股动脉及股静脉穿刺点的观察 患者返回病房时右侧股动脉保留动脉鞘管,使用 3M 10.5 cm×10 cm 的透明敷料妥善固定动脉鞘管,并且严密观察股动脉穿刺处有无渗血渗液,术后 2 h 拔除动脉鞘管,穿刺处加压包扎,并用 1.0 kg 沙袋压迫 6~8 h,术侧肢体制动 12~24 h^[3]。协助患者做好卧床大小便的护理。患者伤口无渗血渗液,足背动脉搏动好。

3.3 血小板减少的护理 患者术后第 3 天,全身见散在的针尖样红色皮疹,查血小板最低值为 $34 \times 10^9/L$ 。考虑为少量残余瘘使血小板消耗性减少。遵医嘱停用抗凝、抗血小板药物,口服利血生促进血小板增生,并嘱其卧床休息减少活动。如血小板低于 $20 \times 10^9/L$ 时应绝对卧床休息,避免外伤^[4]。观察患者有无巩膜、牙龈出血情况,观察尿液、粪便的性质及有无出血。定期监测血小板计数及凝血酶原时间等。指导患者多吃带皮的新鲜水果和各种蔬菜。修剪指甲,以免皮肤抓伤。保持床单平整、清洁。

3.4 观察有无溶血的发生 术后 3 d 特别是 24 h 内要注意尿液颜色的变化来观察有无溶血发生。一般认为,封堵术后出现溶血与红细胞受机械性破坏增多有关,高速(下转第 2030 页)