

2 结 果

本组 45 例患者经 1 次注射治疗后,有 14 例糜烂面缩小、变浅,自觉症状明显减轻,其中有 4 例糜烂面全部愈合;注射 2~3 次后,20 例糜烂面完全消失,6 例病损面积变浅、缩小,注射 4 次后,32 例糜烂面完全消失,8 例糜烂面缩小,随访 5 个月至 3 年,在 30 例完全愈合的患者中,有 12 例在停药后 1 年后复发。于是再次注射治疗,4 例愈合,6 例好转。

3 讨 论

糜烂型口腔黏膜扁平苔藓常以水疱、破溃、糜烂为主要表现,患者有明显的自发及激发性灼痛感,临床症状较重,传统的治疗效果差,易复发,影响正常的生活和工作。口腔扁平苔藓是一种局限的自身免疫性疾病免疫应答参与扁平苔藓的发病机制,已经取得证实。现已了解人类各组织细胞包括角朊细胞能分泌一种能刺激胸腺细胞和淋巴细胞增殖的物质,它以化学方式吸引和激活淋巴细胞形成以淋巴细胞炎症浸润为特征的疾病及牛皮癣等,这种 ETAF 已证实为白细胞介素,它具有多种生物学活性及对扁平苔藓免疫调控作用;可促进 T4 阳性细胞增加。白细胞介素又能分泌 γ -干扰素,诱导角朊细胞分化增殖,这就导致上皮表层增厚,在临床上形成白色斑纹损害。由于角朊细胞的 MHC II 类抗原表达以及角朊细胞本身具有分泌白细胞介素-2 的功能,反馈又加强了淋巴细胞对上皮的吸附作用下因而引起以淋巴细胞炎症浸润为特征的病变,这些浸润的淋巴细胞以 T4 为主,因此 T4 识别抗原与 MHC II 密切相关。白细胞介素-2 活性增强又可增 NTc、TS 等细胞活性,故也具有对基膜的细胞毒作用,并产生上皮自身抗原,此抗原以及上述角朊细胞的 IA-DR 抗原表达与上皮下的郎格罕细胞、巨噬细胞和已激活的淋巴细胞,产生对上皮靶细胞的攻击,导致上皮基膜破坏。扁平苔藓基底膜下有大量炎症细胞浸润,并在基底细胞与基底膜分离的空隙中形成上皮下水疱,变性的桥粒可能成为抗原而引起自身免疫反应。应用免疫抑制剂治疗扁平苔藓越来越得到广泛开展,用肾上腺皮质类固醇局部注射的效果比全身治疗更为有效。局部注射曲安奈德能缩短过程,减轻患者痛苦,其作用机制可能为:(1)提高毛细血管张力,降低毛细血管通透性;(2)稳定溶酶体膜,减少溶酶体内水解酶的释放;(3)收缩血管,减轻局部充血;(4)抑制白细胞和巨噬细

胞移行血管外,减少炎症浸润性组织反应;(5)保护细胞基质和稳定细胞膜的通透性,减轻间质水肿。本治疗方法使用曲安奈德剂量小,且口腔黏膜血液循环丰富,局部注射曲安奈德不会增加继发感染。本方法疗效肯定,值得在临床上推广应用。

采用曲安奈德局部注射,可使药物直接穿过黏膜进入病变组织,其吸收缓慢,维持时间长,经 1~2 次给药后可以长时间减轻症状;在连续给药后症状缓解的持续时间可以延长,且用量少、间隔时间长、不良反应轻。部分病例在局部注射曲安奈德后有复发现象。由于是局部用药,剂量小,在停药一段时间后可再次使用。因此,小剂量、短疗程局部使用曲安奈德注射液治疗扁平苔藓是安全、有效的方法之一。

同时学者普遍认为扁平苔藓与精神因素、免疫学因素、代谢紊乱、全身性中胚叶异常均有密切关系。而维生素 B₁₂ 参与机体内许多生化代谢反应,如促进四氢叶酸类辅酶循环的作用,参与三羧酸循环。这些作用对于神经鞘中产生脂蛋白有重要意义。维生素 B₁₂ 还可使含巯基的酶维持于活性的还原状态,参与广泛的蛋白质及脂肪代谢。维生素 B₁₂ 无任何不良反应,并可配合其他药物治疗。维持中枢及周围有髓神经的正常代谢过程,保持上述维护功能的完整性,从而达到对口腔黏膜扁平苔藓的治愈。故目前本科室采用的曲安奈德、维生素 B₁₂、利多卡因行封闭治疗糜烂型口腔黏膜扁平苔藓是安全、有效的方法。

参考文献

[1] 周刚. 口腔扁平苔藓(萎缩型、糜烂型)疗效评价标准(试行)[J]. 中华口腔医学杂志, 2005, 40(2): 92-93.
[2] 管志江. 扁平苔藓的免疫治疗及其作用机制[J]. 国外医学:口腔学分册, 1993, 20(4): 204-207.
[3] 李秉琦. 口腔黏膜病学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2003: 85-90.
[4] 杜敏敏. 帕夫林联合曲安奈德治疗口腔扁平苔藓[J]. 医药论坛杂志, 2004, 25(1): 25-26.

(收稿日期:2011-10-26)

移液器的细菌监测

石 英(湖北省中医院检验科, 武汉 430074)

【关键词】 移液器; 细菌监测; 感染
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.06.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)06-0766-02

目前,移液器在医院检验科已广泛使用。但在实际工作中,检验人员对移液器的消毒工作不够重视,经常交叉使用,容易造成手污染^[1]。为了解移液器的携菌情况,作者对未经消毒的移液器进行了细菌监测。

1 材料与方法

1.1 标本来源 随机抽取本科室使用中的 20 个移液器,对移液器的手柄部位反复进行采样,共留取 20 份标本作了细菌监测。

1.2 采样方法 参照 GB 15982-1995《医院消毒卫生标准》,采样时用无菌棉拭子蘸取无菌生理盐水在移液器表面横竖往返均匀涂擦,并随之转动棉拭子,然后以无菌操作剪去掉手接

触部分,将棉拭子放入 10 mL 无菌生理盐水管内,反复震荡后吸取 1 mL 倾注营养琼脂,37 ℃温箱培养 24 h 后进行菌落计数。为了更好地分离、判别细菌的构成,采用合肥恒星 HX-21 细菌鉴定仪对检出细菌进行分析。

2 结 果

2.1 带菌量 20 个移液器表面平均细菌菌落计数为 75 cfu/cm²,带菌率 100%。

2.2 细菌种类 移液器表面共检出细菌 80 株,其中金黄色葡萄球菌 18 株(22.50%),表皮葡萄球菌 15 株(18.75%),鲍曼不动杆菌 12 株(15.00%),大肠埃希菌 10 株(12.50%),铜绿假单胞菌 7 株(8.75%),枯草芽胞杆菌 5 株(6.25%),真菌 3

株(3.75%),其他菌 10 株(12.5%)。

3 讨 论

3.1 移液器带菌量多且使用频繁,在造成手污染的同时,容易对患者形成二次细菌感染,所以应加强对移液器的消毒管理^[2]。

3.2 定期清洁移液器,用 75%乙醇即可,主要擦拭手柄、弹射器及白套筒外部,既可以保持美观,又降低了对样品产生污染的可能性^[3]。通过作者的临床实践,以上方式处理后,移液器平均细菌菌落计数下降至 5 cfu/cm²。若使用过程中发生严重污染应用“84”消毒液浸泡处理。

规范 PICC 技术管理 确保护理安全

赵 静(重庆市铜梁县人民医院 402560)

【关键词】 经外周置入中心静脉导管; 静脉通路; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.06.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)06-0767-01

本院于 2001 年开始在肿瘤科使用经外周置入中心静脉导管(PICC)技术。近年来,随着对 PICC 优越性的认识,该项技术在临床运用越来越广泛。为降低护理风险,确保患者安全,本院制订了一系列措施,规范了 PICC 护理技术管理。

1 PICC 存在问题

本院部分科室开展 PICC 技术时间较长,已有较成熟的管理经验。多数科室尚未开展,部分科室有他科带入的 PICC 导管,护理也不规范,存在护理安全隐患。

1.1 技术准入不规范 护理部没有明确的 PICC 准入制度,有的科室护士在未经正规培训情况下即进行操作。

1.2 操作流程不规范 各科室在实施 PICC 技术时,使用的知情同意书内容不统一,没有系统的健康教育、护理常规、患者生活指导、穿刺记录、观察记录等内容。

1.3 相关信息不畅通 各科室均按照自己的方式进行护理,相互间没有交流,没有统一的护理程序。

2 改进方法

2.1 建立 PICC 管理组织,培训 PICC 护理骨干

2.1.1 PICC 专家组 成立了由肿瘤科、儿科、神经外科、重症监护室(ICU)护士长、护理部人员组成的 PICC 专家小组,明确专家小组人员职责,对全院 PICC 护理技术进行管理。专家小组定期活动,讨论临床出现的困难和问题,改进流程。

2.1.2 PICC 护理骨干 各科室指定一至两名动手能力强、心理素质好的护士为 PICC 技术骨干和联络员,在科室开展 PICC 护理技术。

2.1.3 PICC 培训班 举办 PICC 培训班,提高对护士 PICC 技术的认知度。培训方式为专家授课、床旁演练、学习讨论。请 PICC 产品专员讲解相关理论知识;由院内经过培训能熟练操作的护士进行真人操作,增加感性认识;对所学所见进行讨论,认识 PICC 的优点、操作常规流程、规范的护理在防范护理风险的重要作用。半年组织一至两次经验交流,由专家小组成员答疑解惑。

2.2 制订 PICC 全程标准化护理流程

2.2.1 根据医院实际,并吸取众家所长,制订“PICC 知情同意

参考文献

- [1] 何红燕,林伟青,黄雪琴.手污染的控制与医院感染的预防[J].中华医院感染学杂志,2008,18(10):1407-0409.
- [2] 徐晓静,赵李祥.浅谈移液器的维护与保养[J].实验室科学,2011,14(1):156-157.
- [3] 黄余清,刘其蒙.一次性医疗用品细菌监测的意义[J].检验医学与临床,2007,4(11):1116.

(收稿日期:2011-09-27)

书”、护理常规、PICC 观察护理记录、健康教育、“PICC 带管出院同意书”、“PICC 带管出院护理手册”。

2.2.2 PICC 操作流程 包括 PICC 适应证和禁忌证;穿刺前评估患者病情、血管情况;置管前向患者或家属告知健康教育内容;签订知情同意书;操作标准;置管成功后患者的健康教育;管道标志;带管出院规定等。

2.2.3 开展 PICC 要求 规定各科室新开展 PICC 技术时,应事前以书面或电话的形式报告护理部,由护理部组织 PICC 专家小组成员到现场进行技术指导;未进行过 PICC 操作的护士,必须在 PICC 专家小组指导下,成功穿刺 5 例,考核合格后才能独立进行操作。

3 体 会

PICC 相对于传统的中心静脉导管而言,是一种安全、性价比高、并发症少的中心静脉通路^[1]。PICC 技术也越来越多地被护理人员所掌握,但是随着该项技术的普及,如何规范技术管理,减少并发症和各种原因导致的非计划拔除 PICC 管,减少护患纠纷,成为护理管理者思考的问题^[2-4]。作者认为:护士不仅要会穿刺,还要懂护理、善教育。本院 PICC 专家小组根据临床实践与制定的流程和措施为临床提供了指导,护理人员在工作中减少了盲目性,增强可操作性,确保了护理安全。

参考文献

- [1] 赵林芳.国内外输液小组与 PICC 管理研究进展[J].中国护理管理,2009,9(2):5-9.
- [2] 尚娜.PICC 置管术后并发症的防护措施[J].检验医学与临床,2010,7(21):2406-2407.
- [3] 李冬梅,朱建英.PICC 质量评价的现状与思考[J].护理学杂志,2011,26(2):94-95.
- [4] 张晓菊,陆箴琦.超声导引结合改良塞丁格技术行上臂 PICC 置入与盲穿置管的比较[J].中华护理杂志,2011,46(1):42-44.

(收稿日期:2011-09-23)