

查房及时发现,对患者积极抢救治疗,抢救成功后患者还是寻找机会自杀。后来医护人员加强对患者的防患及心理疏导,家属的配合,经心理咨询师及红丝带自愿者的教育后,患者渐渐恢复了生活的信心,配合治疗,最后好转出院。

3.2.2 由于传染病房不像精神病房是封闭的管理,所以这类患者尽量安排靠近护士站的病房,经常清查患者的床铺及衣服口袋有无异物及药物,但要尊重患者。病房的电源电路设在较高处,夜间要锁好科室各个出口的门,洗澡时水温避免过高,防止患者故意烫伤,患者上厕所时间长,要及时查看。要求家属 24 h 陪护,形影不离,密切观察患者行为,有无突然的改变,如主动将自己珍藏的财物捐赠出来,或是把自己的意图明讲出来,或患者言谈中流露出想“解脱”的想法,应及时报告医护人员,采取有效的防护措施。严格管理好危险物品,如刀片、剪刀、热水瓶等不能随意放置,防止患者自伤。本科曾有 1 例 42 岁的女性患者把她的存折交给陪她的妹妹,并且交代要照顾她的两个孩子及父母,趁家属不注意准备跳河,家属将情况告诉医护人员后,医护人员立即拨打患者电话,在电话里与患者沟通,拖延时间,尽快寻找到患者,家属及医护人员共同劝导、鼓励患者,经过 2 个多小时的沟通,患者终于消除自杀思想。

3.2.3 在治疗上各种管道要妥善固定,尤其是中心静脉置管的患者,要告诫患者不能自行拔出,必要时用约束带约束肢体,防止患者拔出导致大出血及感染。测试体温时,对严重抑郁患者如无特殊要求,尽量测量腋温,严防患者咬吞体温计^[3]。

3.3 加强治疗依从性 依从性直接影响疾病的治疗及耐药性,抗逆转录酶及抗抑郁药都需要长期服药。强调抗逆转录酶药物要按量、对时、对点服药的重要性。艾滋病合并抑郁症患者服药依从性较差,开始把药发给患者,部分总说等一会再吃,事实上他们总是把药丢掉或下次发药还没吃。后来本院医护人员亲自监督患者服药,每次按时发药,一定要看到患者药物完全吞下以后才能离开。对部分患者,服药后,应仔细检查口腔,防止患者积存抗抑郁症药物自杀,同时加强家属健康教育,出院以后请家属监督,定时电话随访,不能自行减药或停药。

3.4 抗抑郁症类药物不良反应的观察和护理 注意观察有无中枢神经系统损害引起的头晕、麻木、头疼、疲劳、乏力等,如果症状轻微,可观察处理,服药时间长或减量后可缓解;如出现癫痫症状时应给患者取侧卧位,口腔放纱布缠绕的口垫,防止咬伤舌头,及时清除呼吸道分泌物,防止窒息,保护肢体,以免损

伤;如出现烦躁、精神恍惚、冲动及恶心、呕吐等 5-羟色胺综合征时应换药,安抚患者及对症处理。如出现心律失常者,及时联系医生,给心得安等药物治疗即可;出现体位性低血压者,告知患者变换体位要慢,可以避免。

3.5 生活护理

3.5.1 饮食的护理 抑郁症的患者往往伴随胃肠功能下降,不思饮食,不想参加日常的一些活动,对一切事物都不感兴趣,生活自理能力明显下降。针对这些情况,护士要多督促患者,耐心劝导,鼓励患者进食。对抑郁性木僵的患者,如不听劝说可对其实行鼻饲。一旦症状缓解要鼓励其进食。维持适当的营养与个人生活上的照顾。食欲不振、便秘是抑郁症患者常出现的问题,应选择患者平时较喜欢吃的并且含粗纤维食物,陪伴患者用餐,可少量多餐。如因患者觉得自己没有价值,不应该吃饭时,可让患者从事一些为别人做事的活动,如此可以协助患者接受食物。若患者坚持不吃,体质量持续减轻,则必须采取进一步措施,如喂食,必要时输液以此维持适当的水分和营养。

3.5.2 对睡眠障碍的患者,应鼓励和陪伴患者在白天多参加文体活动,入睡前喝热饮,温水浴等,以促进患者睡眠。抑郁症患者由于情绪低落、缺少自发性、被动、退缩,因此常不注重自己的衣着和个人卫生,应给予提供和协助完成。

艾滋病合并抑郁,这种情绪可降低机体免疫力,使病情加重,服药依从性差,降低疗效,同时有较高的自杀及自残率,护理过程中护士要积极沟通与心理疏导,还需要家庭和和社会的关爱,做好各种防患措施,防止意外发生,使患者消除抑郁树立生活及战胜疾病的信心,发挥患者主动性,积极参与配合治疗,促进患者早日康复,提高生活质量。

参考文献

- [1] 中华医学会. 临床诊疗指南:精神病分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:44.
- [2] 王伟,王培席,张中华. 评判思维在艾滋病护理过程中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2008,14(23):2524-2525.
- [3] 王丽霞,赵卓玫. 抑郁症患者的临床特点及护理体会[J]. 护士进修杂志,2008,23(20):1919.

(收稿日期:2012-02-26)

老年患者医院感染的调查和护理对策

陈 娟(江苏省徐州市中心医院老年风湿科 221009)

【摘要】 目的 探讨老年患者医院感染的现状及护理干预措施。方法 对该院 2011 年 1~12 月老年科医院感染患者 136 例进行回顾性分析。结果 感染部位占前三位的是下呼吸道(50.7%)、泌尿道、血液;基础疾病以脑血管疾病(27.9%)居多,其次为呼吸系统和泌尿系统疾病;病原菌以真菌(21.3%)最多,其次为铜绿假单胞菌和大肠埃希菌。结论 加强病区管理,严格执行消毒隔离制度,严格遵守无菌原则,合理使用抗菌药物,加强免疫支持治疗是预防老年患者医院感染的有效护理对策。

【关键词】 医院感染; 护理; 老年

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)19-2505-02

老年患者在脑血管疾病、呼吸系统疾病、肿瘤、泌尿系统疾病、糖尿病等疾病的基础上,住院时间长、实施各种侵入性操作、抗菌药物的应用等,容易发生医院感染。老年患者医院感染发生率达 9.05%~19.5%^[1-2],均明显高于同期住院患者,

且治疗相对困难。医院感染不仅延长老年患者的住院时间、增加医疗费用,而且是导致老年患者死亡的重要因素^[2]。因此,对老年患者医院感染的调查和制订有效的护理对策有极其重要的意义。本文通过对 2011 年 1~12 月本院老年患者医院感

染的病例进行回顾性分析,探讨如何降低医院感染的发生率,现报道如下。

1 资料与方法

2011年1~12月本院老年科收住患者1 840例,发生医院感染136例,占7.4%。男100例,女36例,年龄55~92岁,平均68.7岁;气管插管、留置尿管、呼吸机支持呼吸患者18例,占13.2%;使用二联以上抗生素90例,占66.2%。其诊断标准参照2001年卫生部《医院感染诊断标准》,所有资料采用回顾性调查方法,统计医院感染的部位、基础疾病、病原菌分布。

2 结果

2.1 医院感染部位 136例医院感染中,下呼吸道感染69例,占50.7%;泌尿道感染21例,占15.4%;血液感染20例,占14.7%;其余依次为导管16例(11.8%),引流液10例(7.4%)。

2.2 医院感染基础疾病的结果 136例医院感染中,以脑血管疾病为基础疾病的38例,占27.9%;呼吸系统疾病为基础疾病的27例,占19.9%;泌尿系统疾病为基础疾病的23例,占16.9%;其余依次为肿瘤18例(13.2%)、消化系统疾病15例(11.0%)和其他5例(3.7%)。

2.3 136例医院感染病例中真菌感染29例,占21.3%;铜绿假单胞菌感染23例,占16.9%;大肠埃希菌感染19例,占14.0%;其余为鲍曼不动杆菌16例(11.8%)、凝固酶阴性葡萄球菌13例(9.6%)、肺炎克雷伯菌11例(8.1%)、其他肠杆菌11例(8.1%)、其他非发酵菌5例(3.7%)、肠球菌3例(2.2%)、金黄色葡萄球菌3例(3.3%)、肺炎链球菌3例(3.3%)。

3 护理对策

3.1 严格执行消毒隔离制度 老年患者是医院感染的易感人群,应加强病房管理,严格探视、陪护人员管理,对高龄危重患者可谢绝探视。另外,认真执行各项消毒隔离制度是预防老年患者医院感染的有效措施,保持室内通风、干燥,同时做好室内空气、地面、物品表面及病床的终末消毒工作,操作前后正确洗手或用消毒液涂擦双手,对多重耐药菌感染患者给予隔离,在床尾做好隔离标记。同时加强环境卫生学监测,保持空气流通。

3.2 严格无菌操作 在吸痰、导尿及深静脉置管严格无菌操作,更换输液装置和敷料前后应用抗菌洗手液,保持尿道口清洁,保持集尿路系统的密闭性,尽量缩短留置导尿时间。密切观察穿刺处皮肤有无红肿热痛和全身症状,如发热、白细胞升高等,如有炎症出现时对导管皮下段及时进行细菌培养。

3.3 合理使用抗菌药物 老年人由于慢性病多、感染发病率高,抗菌药物使用率高。病原微生物真菌感染一直成为优势菌,老年患者是真菌感染的易感人群^[3],必须引起高度重视。临床医师在选择抗菌药物治疗前应以药物的敏感试验结果为依据,掌握药物适应证,避免过多的预防性用药,防止耐药菌株的产生,降低二重感染概率。

3.4 加强免疫支持治疗 老年患者机体抵抗力明显下降,并且大部分患者存在多种疾病侵袭和损害,长期卧床,感染机会增多。在积极治疗基础疾病的同时,应重视改善老年患者自身免疫功能,加强支持疗法,尽量减少卧床时间,有效防止呼吸道感染及褥疮的发生,同时应尽量减少不必要的侵袭性操作。

4 讨论

4.1 医院感染以下呼吸道和脑血管基础疾病为主 本次调查结果显示,本院老年患者医院感染的发生部位以下呼吸道为主(50.7%),其次为泌尿道感染(15.4%)和血液感染(14.7%),与相关文献报道相似^[4]。老年患者大部分年龄较大、患病时间较长,且容易反复发病,许多患者还长时间大量使用广谱抗菌药,这些都容易造成呼吸道感染;另外个别医务人员护理和病房管理不到位,这些都成为医院感染潜在的发病因素。在基础疾病中,以脑血管疾病感染率最高(27.9%),其次为呼吸系统疾病(19.9%),泌尿系统疾病(16.9%)等。老年患者合并基础疾病使机体抵抗力下降,在疾病诱发因素的作用下,容易引起感染的发生。对气管插管、气管切开和呼吸机辅助呼吸患者(13.2%),大多数需吸痰、留置导尿等,极易导致肺部和泌尿系统感染。

4.2 医院感染的病原菌中真菌占首位,与文献报道相一致^[5]。 Klemegget等^[6]曾对居住在挪威的健康志愿者进行了口腔真菌的调查,发现60岁以上者口腔真菌的携带率达65%,携带真菌密度高的人数达37%,均明显高于其他年龄组,白色念珠菌携带率达45%,占携带真菌的90%。医院真菌感染的危险因素之一是定植在黏膜部位的真菌在抗菌药物的选择下过度增生致内源性感染,感染的菌种以白色念珠菌为主。本研究细菌感染构成分别为铜绿假单胞菌(16.9%)、大肠埃希菌(14.0%)、鲍曼不动杆菌(11.8%)、凝固酶阴性葡萄球菌(9.6%)等。从调查结果可以看出老年患者感染的细菌种类多样,临床医师在选择抗菌药物治疗前应根据药物的敏感试验,合理用药,避免耐药菌株的出现。

老年患者医院感染以下呼吸道感染为主,基础疾病以脑血管疾病居多,由于老年患者大多伴有慢性疾病,加上各种器官功能老化,这些都为细菌的滋生、繁殖提供了有利条件。为防止医院感染的发生,医务人员应加强病室环境监测,加强对危重患者的护理,尽可能减少侵入性操作。医务人员要严格执行消毒隔离制度,严格遵守无菌原则,合理使用抗菌药物,加强免疫支持治疗,以降低医院感染发生,降低患者的住院费用。

参考文献

- [1] 李和姐,顾秋莹. 2000年我院医院感染死亡病例调查[J]. 中国感染控制杂志, 2002, 1(1): 30-32.
- [2] 吴晓翠. 老年人医院感染发病率与危险因素的调查[J]. 湖北预防医学杂志, 2003, 14(2): 15-17.
- [3] 吴秀华,刘永华,祝洪珍,等. 呼吸道真菌感染165例分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2002, 12(5): 353-354.
- [4] 郭卫芳. 老年患者医院感染的分析及护理对策[J]. 中国现代医生, 2009, 47(33): 67-68.
- [5] 文细毛,任南,吴安华,等. 全国医院感染监控网老年患者医院感染病原菌及其耐药特征分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2005, 12(15): 1346-1348.
- [6] Klemegget CL, Iockhatt SR, Vatgas K, et al. Frequency-intensity species and strains of oral candiduvary as a function of hostage[J]. J Clin Microbiol, 1996, 34(9): 2246-2254.