

极配合治疗的成功病例,以及及早的积极治疗对患儿早日康复的重要性。

2 结 果

83 例黄疸患儿,63 例治愈,15 例好转出院;5 例治疗无效转上级医院治疗;治疗有效率为 93.97%(78/83)。

3 讨 论

新生儿黄疸是围生期新生儿常见的症状之一,可以是一个生理过程,也可以是一个病理过程,造成黄疸的原因是由于新生儿血中存在过多的胆红素。本组资料显示,围生因素 27 例(32.5%),占首位,其次依次为感染因素 20 例(24.1%),多因素混合(感染+围生因素或其他) 12 例(14.5%),母乳性黄疸 10 例(12.1%),原因不明 7 例(8.4%),溶血 7 例(8.4%)等。

新生儿在围生期窒息缺氧可致酸中毒,出现低血糖、低体温等,可抑制肝酶活性,影响肝脏对胆红素的摄取和结合,使血清胆红素增高;新生儿体内出血时,引起血管外溶血,红细胞被破坏后所产生的胆红素被吸收而加重黄疸;剖宫产术中麻醉药通过胎盘进入血液循环,胎儿肠蠕动减弱,胎便排出减少,使胆红素的肠肝循环增加^[1];手术后预防感染使用抗菌药物,母乳中的抗菌药物随乳汁进入新生儿肠道,影响新生儿肠道菌群建立,导致未结合胆红素由肠道吸收,加重肠肝循环,黄疸加重^[2];新生儿出生后头几天红细胞破坏增加,间接胆红素产生增加,且出生时间愈短,新生儿肝酶系统发育愈不完善,是出生后最初几天新生儿黄疸高发的主要原因,提示对早产、低体重儿及出生后最初几天新生儿黄疸更应提高警惕,做到早诊断、早治疗。早发性母乳性黄疸可能与母乳初期量少,胎便排泄延迟,胆红素肠肝循环增加所致;在溶血因素方面,主要为 ABO 血型不合,溶血使红细胞破坏,胆红素产生过多而致黄疸。

综上所述,应积极提高产科质量,加强围生期保健,掌握剖宫产指征,对高危儿重点监护,早期进行胆红素监测^[3],以便早诊治、早干预,达到降低新生儿高胆红素血症发生率的目的;必

要时温盐水灌肠促进胎便排出,应用肠道菌群调节剂减少肝肠循环;新生儿游泳、抚触能增加排便次数^[4],加快胆汁的排出,减少小肠对胆红素的重吸收,从而降低新生儿黄疸的发生,促进黄疸的消退,尤其是促进胎便的尽早排出,更有利于胎儿吸收更多的营养;加强新生儿护理,严格消毒隔离,防治感染,对减少病理性黄疸的发生非常重要;加强出生前后有关溶血的检查及处理能够减少溶血所致黄疸。

在护理上严密观察病情变化,勤巡视、多观察,熟悉每个患儿的病情,定时监测患儿体征并做好记录,发现异常情况及时做出相应处理,以保证获得最佳疗效,促进患儿早日康复。诊治新生儿黄疸的核心在于积极预防黄疸的发生,有效护理及早期干预则对保证治疗效果、促进患儿早日康复有十分重要的意义。重视围生期保健,提高围生护理水平,防治感染,正确指导母乳喂养,动态监测患儿体征,对不同病因引起的病理性黄疸采取不同的干预方案,能有效降低新生儿黄疸的发病率及黄疸程度。

参考文献

- [1] 钟丹妮,刘义.新生儿黄疸的分子生物学研究进展[J].新生儿科杂志,2003,3(3):138-140.
- [2] 王玲,陈坚,何海英,等.剖宫产与新生儿高胆红素血症关系的研究[J].中国儿童保健杂志,2005,13(4):296-297.
- [3] 江莉,郑九生,张红玲,等.剖宫产围手术期抗菌药物使用与新生儿高胆红素血症相关性研究[J].实用临床医学,2008,9(3):75-77.
- [4] 张桂芹,孙晓娟.抚触对早发型母乳性黄疸的干预效果[J].新生儿科杂志,2003,2(2):69-70.

(收稿日期:2012-10-26 修回日期:2013-02-22)

耳鼻喉手术中的护理安全隐患及防范措施

袁世明,何春红(桂林医学院附属医院手术室,广西桂林 541001)

【摘要】 目的 分析耳鼻喉手术配合中存在的安全隐患,探讨耳鼻喉手术护理安全隐患的防范措施。**方法** 观察分析 2011 年 5 月至 2012 年 4 月在本科室手术的 1 885 例耳鼻喉患者的手术护理安全隐患,并采取相应措施加强防范。**结果** 所有手术患者未发生手术护理并发症,保障了耳鼻喉手术患者的安全。**结论** 采取相应防范措施,可减少耳鼻喉手术护理安全隐患,保障耳鼻喉手术患者的安全,提高患者满意度和医生满意度。

【关键词】 耳鼻喉; 护理; 安全隐患; 防范措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.14.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)14-1895-03

耳鼻喉手术大多视野小、手术时间短、接台多。患者年龄跨度大,上台手术医生少,护士配备不足,易导致耳鼻喉手术安全隐患。2011 年 5 月至 2012 年 4 月本科室观察分析耳鼻喉手术中存在的安全隐患,并采取措施加强防范,保证了耳鼻喉手术患者的安全,提高了患者满意度和医生满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 5 月至 2012 年 4 月在本科室进行手术的耳鼻喉患者共 1 885 例,其中男 1 119 例,女 766 例,16 岁以下患者 713 例(37.8%),16~55 岁 863 例(45.8%),55 岁以上 309 例(16.4%),16 岁以下及 55 岁以上手术患者占总耳鼻喉手术人数的 54.2%。扁桃腺、腺体摘除手术占全部手术患者的 35.0%,喉癌、下咽癌、扁桃体癌 3.0%,支撑喉手术

6.0%,鼻内镜手术 30.0%,成人鼾症 4.0%,中耳手术 6.0%,气管异物、食道异物取出 8.0%,其他 8.0%。

1.2 耳鼻喉手术常见护理安全隐患

1.2.1 患者查对安全隐患 耳鼻喉手术患者中小孩、老年人占多数,小孩的不配合及老年人的听力障碍、并发症等都会给查对带来一定的困难;耳鼻喉手术接台多、手术时间短、接台医生的催促等使得查对匆忙,而查对工作需要重复多次进行,容易造成疏忽,发生接错患者或手术部位错误的隐患。

1.2.2 患者紧张焦虑情绪 陌生的环境、医学专业知识的缺乏以及面临的手术,会使患者变得非常脆弱,担心手术、麻醉风险,担心术中、术后疼痛,担心手术效果、术后形象、费用,担心医护人员是否对患者尽心尽责,担心家庭成员对自己是否嫌弃

等,都会使患者产生紧张焦虑的情绪。术前过度紧张、焦虑不利于患者手术的安全。小儿患者更是如此,离开可以依赖的家人,顿觉无助、安全感消失。

1.2.3 无洗手护士上台,物品数目清点困难 传统认为洗手护士上台只是穿针引线,而耳鼻喉手术没有太多的缝合,大多视野小,除了术者,其他人几乎看不到术野,洗手护士感觉帮不上什么忙。且过去耳鼻喉手术少,因而手术医生也不坚持要有洗手护士。而今,随着耳鼻喉手术量的不断增多,内镜的普及,视野的扩大,手术的日臻熟练,各方面要求更规范更细致,以前的护理模式已难以适应现阶段手术配合的要求。由于无洗手护士上台,巡回护士与手术医生清点手术物品、标本保管较为困难,手术医生开台准备时间长,影响手术周转。

1.2.4 坠床的隐患 耳鼻喉手术患者年龄跨度大,从几个月到八九十岁不等,手术床相对较窄,小孩、老年人容易发生坠床摔伤等事故,给护理工作带来难度及风险。

1.2.5 面部损伤 耳鼻喉手术临近颜面部,胶布或器械等易伤及面部皮肤,由于影响到面部外观形象,易造成患者身心伤害和医疗纠纷。

1.2.6 对呼吸通道和循环系统的影响 麻醉气管插管常常影响到咽喉部手术的操作,手术中易导致气管导管受压或者松脱。咽喉部手术也易造成患者咽喉水肿、气管痉挛、窒息等使得气道管理难度增加;耳鼻喉手术,术中常用肾上腺素收缩鼻黏膜或压迫止血以及牵拉作用,会使心率陡然加快;鼻内镜手术为减少术中出血使术野清晰,常采用控制性降压等,也使得循环系统不稳定。

1.2.7 输液控制困难 小儿、老人的心肺功能对液体的输入有严格的控制,而为保证手术患者的安全,手术室给予患者穿刺相对较大的套管针,以保证需要时药物、液体的迅速供给,以致稍有不慎,就会导致大量液体输入。特别是在麻醉药使用过程中,稀释药物给药时,容易忘记控制输液速度。

1.2.8 医源性感染的发生 耳鼻喉手术由于解剖关系,手术部位不易进行消毒,而部分医务人员对二类切口手术的消毒观念不强,造成患者正常菌群在手术中移位,易形成医源性感染。

1.2.9 护士业务水平参差不齐 耳鼻喉手术配合专科性质较强,使用仪器设备多、器械杂、视野小、接台紧凑、解剖复杂等,使得护士配合上有一定难度。

1.3 安全防范措施

1.3.1 严格执行安全核查制度 每一位医务人员都应该明确,安全核查在手术室至关重要。患者按要求有手术部位标志并佩戴有腕带标志,神志不清及小儿患者,要与家属核对。在接手术患者时,患者各项信息,手术室护士要与病房护士、患者或家属核查。麻醉开始前有麻醉医生主持核查,手术开始前有手术医生主持核查,患者离室前有手术室护士主持核查,各方参与核查以保证正确的患者和正确的手术部位。不可忙于开台而简化查对内容或者使查对流于形式,一项核查完方可进入下一项,逐项完成核查无误后方可实施操作。

1.3.2 做好患者心理干预 术前访视时,手术室护士应与患者及家属进行良好沟通,应用手册图谱让其了解手术室环境、仪器设备、术前准备,解答患者的疑虑。还应了解不同年龄段患者的心理状态,使患者特别是小儿对医务人员产生信任、依赖感,缓解患者心血管系统的应激反应和情绪。局部麻醉手术时应预见性地告诉患者下一步手术的感受,使其有一定的心理准备,术中应安抚、鼓励患者,让其以良好的状态配合完成手术。

1.3.3 配备足够人员,保证台上物品清点及手术周转 手术室有耳鼻喉手术配合专科组,安排助理护士协助或者洗手护士上台配合,可以更好的管理缝针、纱球、小方纱、小纱条、小棉球、棉片、器械等。做好准备工作,如:配肾上腺素棉片收缩鼻黏膜,套内镜线及装镜头,安装刨削刀头、无影灯罩,连接吸引装置、电刀,套显微镜等。可以更好的审查器械的完整性及对精密仪器的保管,如避免耳内镜头、鼻内镜头被其他手术器械重压及互相碰撞,避免内镜线打折等。使用过后的器械、物品可以保证及时清理,标本及时送检,能缩短手术时间及接台时间,使手术医生更好地专注手术。

1.3.4 防止坠床 对评估有坠床风险的患者,要加强防护,专人守护患者并用约束带做好固定,接送患者的平车拉上挡板。

1.3.5 面部皮肤保护 术前特别注意观察面部皮肤状况,有无破损、疤痕等。术中注意对面部皮肤的保护,防止器械碰伤面部、术后注意清洁面部皮肤的消毒液及血迹并再次观察面部皮肤完整情况。

1.3.6 加强呼吸、循环系统的管理 气管插管后妥善固定气管导管,注意插管的深度,必要时采用钢丝导管插管,术中仔细观察导管情况,防止导管受压。如有气道阻力增加或者导管松脱现象,应及时报告手术医生和麻醉医生。遵医嘱给予地塞米松,减少咽喉部黏膜水肿。术中密切观察生命体征的变化,备好急救药品及设施。

1.3.7 输液的管理 小儿、老人的穿刺较为困难,要特别妥善固定,保证输液通畅,密切观察输液的速度,特别在麻醉给药过程中及给药后,对于需要控制液体输入的患者,给予小瓶装输液或使用微量泵调节。

1.3.8 医源性感染的控制 手术室严格的感染管理是手术成功的必要条件,是衡量医院感染率高低的重要指标^[1]。由于耳鼻喉手术解剖生理特点的特殊性,根据手术部位,术前一天患者须剃头或剪鼻毛,进行口腔含漱等,做好术前清洁准备工作,手术消毒应规范,术中严格无菌操作规程。

1.3.9 提高护士的业务能力 耳鼻喉专科组成员经常交流在手术配合中的心得体会,分析存在的问题,提出解决方案,必要时请护士长协助协调解决。定时请专科手术医生讲授耳鼻喉科常见手术的手术步骤及配合要点,使手术室护士理解手术医生意图,手术时能更好地配合。

2 结 果

2011 年 5 月至 2012 年 4 月共有 1 885 例耳鼻喉手术患者,全部未发生严重手术并发症,无手术差错,所有患者无投诉现象发生,保障了耳鼻喉手术患者的安全。

3 讨 论

手术室是高风险的医疗场所,任何一个环节稍有不慎,都有可能使潜在护理安全隐患转变成实际差错事故,给患者造成难以弥补的损失^[2]。安全隐患存在于手术室工作的诸多环节中,应高度重视,提高安全意识,加强责任心;认真落实查对制度,遵守操作规程;认真查找工作中的安全隐患,并采取相应防范措施,才能有效减少差错事故的发生,为患者提供安全、优质、高效的护理服务。

耳鼻喉科手术由于其手术特点以及手术时间相对较短、手术接台多、配合护士少等,比其他手术存在更多的安全隐患。预知工作中存在的护理风险,将各种安全隐患及早消灭在萌芽状态,已成为近年来手术室护理工作的重点之一^[3]。本科室通过对耳鼻喉手术隐患的分析并采取相应的防护措施,保障了患者的手术安全,有效地减少了耳鼻喉手术护理并发症,极大地

提高了患者满意度和医生满意度。

参考文献

[1] 尹珍爱,冯立.手术室院内感染原因分析及对策[J].护理实践与研究,2010,7(11):123-125.

[2] 李琴.浅谈手术室护理安全管理[J].河南外科学杂志,

2008,14(2):142.

[3] 孙艳华,周川.手术室安全隐患分析及防范措施[J].医学信息:中旬刊,2010,5(11):3392-3393.

(收稿日期:2012-11-22 修回日期:2013-02-16)

糖尿病患者肺部感染相关因素及护理对策

王富玉(重庆市第七人民医院 400054)

【摘要】 目的 探讨糖尿病患者合并肺部感染因素及护理对策。**方法** 选择 94 例糖尿病合并肺部感染患者作为研究对象,按 1:1 比例选择同期未合并肺部感染糖尿病患者作为对照病例,比较两组患者在肺部感染相关因素上的差异。**结果** 肺部感染组在年龄[(63.98±11.32)岁]、空腹血糖水平[(8.12±1.78)mmol/L]、预防使用抗菌药物(29.79%)、侵入性操作(12.77%)、住院时间[(18.56±5.67)d]方面均高于无肺部感染组的(58.03±10.56)岁、(6.13±1.11)mmol/L、11.70%、4.26%、(14.65±4.78)d($P<0.05$);清蛋白水平[(32.13±2.45)g/L]低于无肺部感染组的(36.76±2.76)g/L($P<0.05$)。**结论** 引发糖尿病肺部感染的因素较多,应实施针对性护理对策;加强护理评估,尽量减少侵袭性操作,严格执行无菌操作,合理使用抗菌药物,改善机体营养状况,缩短住院时间以减低肺部感染的发生。

【关键词】 糖尿病; 肺部感染; 影响因素; 护理对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.14.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)14-1897-02

随着糖尿病的发病率增高,住院人数也逐年增多。糖尿病患者是发生医院感染的高危人群,一旦发生对患者预后有不良影响,甚至导致死亡^[1]。采取有效的护理措施是降低糖尿病患者医院感染发生率的主要方法,本文回顾性分析了本院糖尿病并发肺部感染患者的临床资料,观察引起肺部感染的相关因素,探讨护理预防措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月至 2012 年 6 月本院糖尿病合并肺部感染患者 94 例作为研究对象,均符合世界卫生组织糖尿病诊断标准。男 50 例,女 44 例;年龄 51~83 岁,平均(63.98±11.32)岁;病程 3~28 年,平均(9.15±3.76)年。入院 48 h 后出现咳嗽、咳痰等呼吸道症状,发热,双肺有干湿性啰音;白细胞升高,胸部 X 线片检查均提示双肺或单侧肺部有不同程度炎性反应病灶。按 1:1 比例选择同期未合并肺部感染糖尿病患者作为对照病例,对照病例选择方法为将糖尿病患

者按住院号排列,选择发生肺部感染的下一位。

1.2 方法 比较两组糖尿病患者年龄、性别、空腹血糖水平、预防应用抗菌药物、侵入性操作(进行插管、气管切开、应用呼吸机等)、血清清蛋白水平、住院时间等差异。

1.3 统计学处理 SPSS13.0 统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

肺部感染组在年龄[(63.98±11.32)岁]、空腹血糖水平[(8.12±1.78)mmol/L]、预防使用抗菌药物(29.79%)、侵入性操作(12.77%),住院时间[(18.56±5.67)d]方面均高于无肺部感染组的(58.03±10.56)岁、(6.13±1.11)mmol/L、11.70%、4.26%、(14.65±4.78)d($P<0.05$);清蛋白水平[(32.13±2.45)g/L]低于无肺部感染组的(36.76±2.76)g/L($P<0.05$)。具体见表 1。

表 1 两组患者相关因素比较($n=94$)

组别	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	男性[$n(\%)$]	空腹血糖 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	抗菌药物[$n(\%)$]	侵入性操作 [$n(\%)$]	清蛋白水平 (g/L, $\bar{x} \pm s$)	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)
肺部感染组	63.98±11.32	50(53.19)	8.12±1.78	28(29.79)	12(12.77)	32.13±2.45	18.56±5.67
无肺部感染组	58.03±10.56	49(52.13)	6.13±1.11	11(11.70)	4(4.26)	36.76±2.76	14.65±4.78
检验值	$t=3.04$	$\chi^2=0.17$	$t=3.75$	$\chi^2=11.53$	$\chi^2=4.34$	$t=2.97$	$t=3.45$
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 糖尿病肺部感染相关因素 糖尿病是由多种原因引起的,是以慢性血糖增高为特征的代谢紊乱性疾病^[2]。由于内分泌代谢紊乱和并发症,机体防御功能显著降低,对感染的易感性明显增加,而易于发生感染^[3],属于医院感染的易感人群^[3],其发生发展与多种因素有关。本研究结果显示,糖尿病患者合

并肺部感染与下列因素关系密切:(1) 年龄大。肺部感染组年龄(63.98±11.32)岁高于无肺部感染组的(58.03±10.56)岁,多数老年人基础疾病多,机体抵抗力低下;肺功能下降,咳嗽反射差,排痰功能低,细菌容易侵入下呼吸道造成肺部感染^[4]。(2) 血糖水平。肺部感染空腹血糖水平(8.12±1.78)mmol/L 高于无肺部感染组的(6.13±1.11)mmol/L,高血糖时将降低