

尤其是碳青霉烯类抗菌药物。如果不采取措施控制肺炎克雷伯杆菌引起院内感染的发生率,合理选择抗菌药物,有理由担忧肺炎克雷伯杆菌将成为继鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌以后又一种多药耐药的细菌,给临床治疗和院内感染的控制带来更为棘手的难题。

参考文献

[1] 张前进,孙德明,谢志强,等.肺炎克雷伯菌的临床感染特点及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2014,24(13):3137-3138.

[2] 查翔远,宋有良,林建,等.肺炎克雷伯菌血流感染的临床分布及耐药性分析[J].安徽医学,2015,36(1):71-74.

[3] 朱照辉,胥琳琳,陈宗宁.肺炎克雷伯菌的医院感染分布及耐药性分析[J].检验医学与临床,2011,8(1):58-60.

[4] 李平,金炎,邵春红,等.住院患者感染病原菌和常用抗菌药物敏感性分析[J].检验医学与临床,2015,12(6):838-841.

[5] 卢雁英,栗永俊,王章涛,等.2010~2012 年某院临床常见病原菌耐药性分析[J].检验医学与临床,2014,11(13):1785-1787.

[6] 祝慧华,姚金元,董通雨,等.2011~2013 年肺炎克雷伯菌

医院感染及耐药性分析[J].中国卫生检验杂志,2015,25(4):586-589.

[7] 刘欣,刘远程.2013 年常见革兰阴性杆菌的临床分布及耐药性分析[J].检验医学与临床,2015,12(2):207-208.

[8] 郑春华,李春红,奚伟星,等.2013 年医院病原菌耐药性监测分析[J].中华医院感染学杂志,2015,25(5):1042-1044.

[9] Garza-Ramos U,Barrios H,Reyna-Flores F,et,al.Characteristics of KPC-2-producing Klebsiella pneumoniae (ST258) clinical isolates from outbreaks in 2 Mexican medical centers[J].Diagn Microbiol Infect Dis,2014,79(4):483-485.

[10] 陈玉宇,李辉军,许春燕,等.肺炎克雷伯菌产碳青霉烯酶特性与耐药趋势研究[J].中国微生态学杂志,2015,27(2):174-177.

[11] Gan LJ,Wu XF,Gao LQ,et al. Analysis genotype and homology of carbapenems-resistant klebsiella pneumoniae [J].Chin J Microecol,2014,26(3):316-318.

(收稿日期:2015-04-02 修回日期:2015-06-21)

• 临床探讨 •

多导睡眠监测应用于呼吸内科的护理实践

宗运之,段燕芳,陈娇阳(首都医科大学附属北京世纪坛医院干部呼吸内科 100070)

【摘要】 目的 探讨总结多导睡眠监测应用于呼吸内科的护理实践及体会。**方法** 126 例呼吸内科患者分为观察组和对照组各 63 例,对照组给予常规生命体征监测护理,观察组在对照组的基础上给予多导睡眠监测,比较两组患者阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的筛查率,以及患者对护理的满意度。**结果** 观察组经过多导睡眠监测,可以检测区分出多种呼吸睡眠疾病,检出率远远高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将多导睡眠监测应用于呼吸内科的护理,可以监测出普通生命体征监测护理无法监测的呼吸睡眠疾病,并且患者对这种监测护理满意度较高,具有较好的临床效果,值得临床广泛推广。

【关键词】 多导睡眠监测; 呼吸内科; 护理; 实践; 体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.053 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)23-3574-03

当呼吸内科患者出现打鼾、睡眠结构紊乱等临床表现,并且有血氧饱和度下降频繁出现时,应考虑患者患有阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)^[1]。OSAHS 是指患者睡眠时发生上气道反复塌陷、阻塞,这会导致患者出现呼吸的短暂暂停及肺部通气不足,对患者生命健康造成严重影响。OSAHS 可以引起多种系统的疾病,例如心脑血管疾病、内分泌系统疾病,这些疾病的源头多是由于 OSAHS 引起^[2]。随着人们对睡眠健康质量的日益重视,对于 OSAHS 的及早诊断和治疗就显得尤为重要。多导睡眠图监测是近年来应用于 OSAHS 的检测手段,尤其对于夜间伴有严重并发症的患者有重要监测意义。本文为研究多导睡眠监测对呼吸内科 OSAHS 的监测效果,选取本院收治的 126 例呼吸内科患者进行对比分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 5 月至 2015 年 1 月在本院就诊

的呼吸内科患者 126 例,所有患者排除存在精神或质量障碍、出现认知功能障碍、严重并发症及接受过系统健康教育患者,并签署知情同意书。男 61 例,女 65 例;年龄 31~75 岁;病程 3~12 年;学历分布:初中及以下 23 例,高中 69 例,专科及以上 34 例。将 126 例患者分为观察组和对照组各 63 例,两组患者在性别、年龄、学历分布等一般资料上差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 监测方法 对照组常规生命体征监测护理,对患者依据医嘱进行定期询问,确保患者按时接受治疗,并记录患者的临床表现。观察组具体护理方案如下。

1.2.1 护理环境准备 对于采用多导睡眠监测的患者尽量安排在单间或者安排在双人间。室温需要恒定控制,尽量维持在 23℃左右,湿度在 55%左右,定时进行开窗通风,尽量避免噪音对患者的干扰,尽量保证患者处于较为舒适的环境,尤其是夜间睡眠环境^[3]。

1.2.2 监测前的护理 患者在进行监测前进行清洁处理,禁止饮酒饮茶等不良习惯,患者禁止服用有助于睡眠的药物,饮水适当,减少夜间排尿次数。为了保证患者夜间睡眠时间及质量,需减少患者午睡的时间。对患者进行常规的生命体征检查(包括血压、体质量、呼吸次数等),查询患者既往史及有无药物过敏等^[4]。

1.2.3 心理护理 平稳的心态是患者疾病恢复的重要因素,因此需要对患者进行定期的心理辅导,告知患者的病情及治疗监测的目的等。睡眠监测是在患者睡着之后进行的,并且无创伤,无痛苦,监测环境安全,对于患者来说是安全准确的监测方式^[5]。监测时可以允许患者家属陪同,确保患者以平稳的心态接受治疗。

1.2.4 舒适护理 在进行护理过程中,以及之后的仪器连接与使用的过程中,护理人员要始终保持和蔼有礼的态度,言语要亲切。嘱患者关闭手机,并更换合适的睡衣,摘掉不利于仪器检测及护理进行的首饰等物品。向患者讲解呼叫器等仪器的使用方式,患者在监测过程中可以改变体位,但是不可以拔除导管连线,以及离开床面。护理人员要勤于观察患者病情,消除患者心中的恐惧感。

1.2.5 仪器连接 仪器连接之前需要对患者的皮肤进行清理,除去患者皮肤的死皮和角质,并用乙醇对皮肤进行清理,最后用导电膏擦拭皮肤,将仪器与患者身体连接,用胶布固定,患者因身体毛发不易固定者对患者毛发进行清理(需征得患者同意)^[6]。心电监护与脑电监护均采用相同的方法。胸腹带的处理,胸腹带的松紧程度对于患者的呼吸有严重影响,会导致监测不准确,因此需要对胸腹带进行适当处理,患者处于仰卧位,胸带放置于 5~6 肋骨之间,腹带放置于脐周,贴近患者皮肤,不能过松或者过紧^[7]。有部分患者会出现夜间张口呼吸的现象,因此需要对患者的口鼻呼吸进行监测,口腔管固定于上唇,用胶布固定,能够在一定程度上减少患者因为张口呼吸导致的气流监测差值,也减少了口腔管脱落的风险。导管连线的固定:睡眠监测的导线较多,并且杂乱,睡眠中因为患者身体位置的改变会导致导线易脱落,所以需要导线进行整理固定,并用 2 条胶布固定于患者肩部,并且尽量不影响患者的身体感受与睡眠^[8]。血氧饱和度的监测对于患者的监测至关重要,进行监测前需要对仪器进行反复检查,确定仪器可以使用,连接方式正确,置于指甲上方正中,尽量选择指甲薄厚适宜、甲床颜色红润的手指,固定松紧度适宜。女性患者需要进行手指甲清理,对于涂有指甲油的患者需用乙醇进行清理。

1.2.6 病情监测 多导睡眠监测是夜间睡眠监测,需对患者病情进行定期监测,因此需要有医护人员进行夜间监测,要安排 2 人进行夜间轮流值班,记录患者病情。当患者有导线脱落或者病情变化时,需及时进行处理与记录。值班室应该配备多功能抢救车,墙壁上有中心供氧并且有负压吸引设备,有问题时要尽早处理。如果患者有频繁的血氧饱和度下降,并且血氧饱和度低于 60%,需要密切注意患者病情变化,及时对症处理。后半夜往往患者病情较重,因此更需要对患者进行严密监测^[9]。值班护士需密切注意鼻气流、血氧饱和度、胸腹运动、心电图曲线变化。

1.2.7 患者监测后护理 患者睡眠时间达到之后及时拆除各种仪器,要小心,防止对患者皮肤毛发的损伤,与皮肤或者毛发粘连严重者,可以用医用乙醇擦拭后取下。不用的仪器导线需

密闭处理,防止仪器老化损坏,用塑料袋密闭保管有利于仪器的寿命延长。对患者日间的各项体征也需要仔细记录。对患者记录的结果需仔细整理记录管理,并及时汇报上级医生。

1.2.8 健康教育护理 对患者的护理不单单局限于对患者身心健康的护理,同时要向患者讲解相关的 OSAHS 知识,讲清楚疾病可能对患者造成的危害,要教育患者改掉不利于疾病控制的饮食及作息习惯,包括暴饮暴食、吸烟喝酒等。鼓励患者多进行身体锻炼,加强身体体质,防止感冒发热等情况出现。嘱患者避免有潜在危险的工作,包括驾驶、高空作业等。

1.3 评价指标 根据患者的监测情况进行评估,患者有无 OSAHS 疾病。并对比观察组和对照组病情检出率情况。利用调查问卷的方式对患者监测护理满意度进行调查。

1.4 统计学处理 所有数据均采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 OSAHS 检出率 依据呼吸内科患者的病情及检测记录结果,对患者是否有 OSAHS 疾病,对所有患者病情进行综合评估,确定两组患者 OSAHS 疾病的检出率。经过监测,观察组有 51 例患者确诊为 OSAHS,经过更进一步的监测与治疗评估 63 例患者的 OSAHS 检出率为 79.3%,1 例患者误诊为 OSAHS,与对照组的 55.6%相比差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 满意度调查 见表 1。根据问卷调查的反馈结果可知,患者对本院监测护理方案的护理效果较为满意,认可度高。两组满意度之间差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者满意度情况比较

组别	<i>n</i>	非常满意	比较满意	一般	不满意	满意度(%)
对照组	63	32	11	12	8	68.3
观察组	63	43	17	3	0	95.2

3 讨 论

呼吸内科患者多数有夜间睡眠不足,质量不高的临床症状。部分患者患有 OSAHS,严重的 OSAHS 会导致患者 8~10 年后的预后较差,有较高的致死率。由于患者对于睡眠健康情况了解不足,对打鼾的严重危害度认知不足,因此会导致病情进一步发展,影响患者的生活质量。

本院呼吸内科对 OSAHS 患者近年来采取了多导睡眠监测,通过对医护人员的合理培训,以及对机器使用的培训,可以对患者在夜间睡眠时进行无创全面的体征监测,并且监测前、监测时及检测后对患者进行相关护理,均可以保证准确记录患者各项体征。本次试验结果显示,利用多导睡眠监测对于 OSAHS 检出率较高,达到 79.3%,远远高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。另外根据调查问卷结果显示,患者对于多导睡眠监测护理满意度较高,达 95.2%,高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),可以为患者疾病的诊断提供可靠依据。

综上所述,将多导睡眠监测应用于呼吸内科护理,可以监测出普通生命体征监测护理无法监测的呼吸睡眠疾病,并且患者对这种监测护理满意度较高,具有较好的临床效果,值得临床广泛推广。

参考文献

[1] 郭苏云. 无创呼吸机对中重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征并高血压的治疗观察[J]. 心血管病防治知识: 学术版, 2015, 9(1): 15-16.

[2] 李艳. 健康评估法在多导睡眠监测护理中的应用[J]. 全科护理, 2015, 22(5): 438-439.

[3] Shao C, Jiang JB, Wu HC, et al. Clinical assessment and polysomnographic study of sleep apnea in a Chinese population of snorers[J]. J Zhejiang Univ Sci B, 2015, 16(3): 215-223.

[4] 唐国芳, 梁小燕. 多导睡眠监测失败的原因分析与护理对策[J]. 华夏医学, 2014, 11(5): 107-109.

[5] 王辉, 施恋, 王玉梅, 等. 51 例睡眠打鼾患者应用多导睡眠监测系统监测的临床分析[J]. 中国医学工程, 2014, 13

(12): 55.

[6] 黄洋, 杨磊. 多导睡眠监测与 A/N 值在儿童睡眠呼吸障碍诊治中相关性研究[J]. 中国实用医药, 2015, 9(2): 109-110.

[7] 王海鹏, 赵允沛, 张增, 等. 多导睡眠监测和头颅侧位片在儿童睡眠呼吸障碍诊治中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 3(24): 1982-1985.

[8] 朱滢, 周英. 多导睡眠监测仪在老年阻塞性睡眠呼吸暂停综合征中的应用[J]. 中外医疗, 2015, 5(1): 60-61.

[9] 李淑娟, 赵洁. 舒适护理干预应用于多导睡眠监测阻塞性呼吸暂停综合征的价值[J]. 全科护理, 2014, 7(5): 405-406.

(收稿日期: 2015-03-22 修回日期: 2015-06-15)

• 临床探讨 •

重症监护病房病原菌调查及耐药监测

胥萍瑶(四川省肿瘤医院检验科, 成都 610041)

【摘要】 目的 了解重症监护病房(ICU)患者病原菌的分布及对抗菌药物的耐药性, 指导临床合理使用抗菌药物。**方法** 收集四川省肿瘤医院 ICU 2012 年 1 月至 2014 年 12 月分离到的非重复细菌 536 株, 采用自动化仪器法进行药敏试验, 结果按 CLSI 2012 年版标准判读, 采用 WHONET5.6 软件进行数据分析。**结果** 536 株细菌中革兰阴性菌 452 株, 占 84.3%; 革兰阳性菌 84 株, 占 15.7%。肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌及大肠埃希菌为最常见菌, 分别占 22.2%、17.9%、14.0%、9.5% 和 8.6%。耐甲氧西林金黄色葡萄球菌检出率为 66.7%, 未发现对万古霉素和利奈唑胺耐药的葡萄球菌属。肠杆菌科细菌对碳青霉烯类抗菌药物仍高度敏感。鲍曼不动杆菌对亚胺培南及美罗培南的耐药率为 71.6% 和 74.2%。**结论** ICU 患者以呼吸道感染为主, 病原菌以革兰阴性杆菌为主。细菌耐药性呈增长趋势, 应引起注意, 及早采取防控措施。

【关键词】 重症监护病房; 病原菌; 耐药监测

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.054 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)23-3576-03

近年来, 各类抗菌药物的广泛使用使院内感染率逐步上升, 而重症监护病房(ICU)患者由于存在严重基础疾病、机体免疫功能下降、大量使用抗菌药物及频繁接受侵入性操作, 极易引起医院感染并出现耐药。为了能准确掌握细菌对抗菌药物的耐药动态及变迁, 指导临床合理用药, 现将本院 ICU 2012 年 1 月至 2014 年 12 月患者病原菌的分布及耐药情况进行分析, 报道如下。

1 材料与方法

1.1 菌种来源 本院微生物室 2012 年 1 月至 2014 年 12 月临床分离到的病原菌共 3 439 株(剔除重复患者同一部位相同细菌后), 其中明确 ICU 来源有 536 株。按统一方案进行药敏试验。

1.2 细菌鉴定及药敏试验 普通细菌采用西门子 MicroScan 4 系统进行细菌鉴定及药敏试验, 肺炎链球菌及其他链球菌属、流感嗜血杆菌等采用法国生物梅里埃药敏板条。部分补充药敏试验采用 MH 琼脂, 药敏纸片购自英国 Oxoid 公司。

1.3 质量控制 按照 CLSI 要求进行质量控制, 质控菌株包括: 大肠埃希菌(ATCC 25922)、金黄色葡萄球菌(ATCC 25923)、金黄色葡萄球菌(ATCC 29213)、肺炎克雷伯菌(ATCC 700603)、铜绿假单胞菌(ATCC 27853)、肺炎链球菌(ATCC 49619)及流感嗜血菌(ATCC 49247)。

1.4 统计学处理 判断标准按照 CLSI 2012 标准^[1], 结果用 WHONET 5.6 软件分析。

2 结果

2.1 细菌分布及标本来源 共收集到 536 株临床分离菌, 革兰阴性杆菌占 84.3%(452/536), 其中肺炎克雷伯菌位列第 1; 革兰阳性球菌占 15.7%(84/536), 以金黄色葡萄球菌为主。其分布分别是肺炎克雷伯菌 119 株(22.2%), 鲍曼不动杆菌 96 株(17.9%), 铜绿假单胞菌 75 株(14.0%), 金黄色葡萄球菌 51 株(9.5%), 大肠埃希菌 46 株(8.6%), 嗜麦芽窄食单胞菌 24 株(4.5%), 阴沟肠杆菌 24 株(4.5%), 洛非不动杆菌 11 株(2.1%), 黏质沙雷菌 8 株(1.5%), 屎肠球菌 8 株(1.5%), 表皮葡萄球菌 7 株(1.3%), 产气肠杆菌 7 株(1.3%), 溶血不动杆菌 6 株(1.1%), 洋葱伯克霍尔德菌 5 株(0.9%), 产酸克雷伯菌 4 株(0.7%), 粪肠球菌 4 株(0.7%), 其他 41 株(7.6%)。前 5 位细菌分别为肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌及大肠埃希菌, 分别占 22.2%、17.9%、14.0%、9.5%、8.6%。所分离的病原菌主要来源呼吸道、血液及尿液标本。

2.2 主要病原菌耐药情况

2.2.1 金黄色葡萄球菌耐药情况 见表 1。共检出金黄色葡萄球菌 51 株, 其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA) 34