

2.4 诊断标准 肾功能短期内(数小时至数周)进行性下降, $SCr \geq 150 \mu\text{mol/L}$, $BUN \geq 9 \text{ mmol/L}$ 。本组 3 例患者均有静脉滴注克林霉素后, 2 例于次日出现少尿, 1 例出现多尿, 肾功能检查 BUN 及 SCr 明显增高, 符合诊断标准。根据中华医学会感染病学分会和肝病学会 2006 年制订的肝功能衰竭诊疗指南, 急性肝功能衰竭是指急性起病, 2 周以内出现Ⅱ度以上肝性脑病为特征的肝功能衰竭。可有以下表现: (1) 极度乏力, 并有明显厌食、腹胀、恶心和呕吐等严重消化道症状; (2) 短期内黄疸进行性加深; (3) 出血倾向明显, $PTA \leq 40\%$, 且排除其他原因。

2.5 预防与治疗的对策

2.5.1 预防 给药过程的注意要点: 克林霉素不良反应好发于静脉给药过程中, 其发生率占有不良反应的 72.41%。因此, 应用克林霉素进行治疗应该严格遵循口服(肌肉)-静脉的用药原则来选择实施治疗方案。对于既往有其他药物过敏史的患者, 属于过敏性体质, 应考虑到患者的个体差异, 谨慎使用此药物。用药过程中要注意巡视, 严密观察药物反应, 同时做好急救准备, 以保证患者的用药安全^[2]。泌尿系统所表现的药品不良反应有血尿^[3]、血蛋白、急性肾功能衰竭^[4]等。原因与克林霉素体内高血浆蛋白结合率有关。因此, 为安全起见, 临床使用过程中应注意: (1) 避免同华法林等体内高蛋白结合率药物联用。(2) 高度重视克林霉素的肾毒性作用。(3) 治疗期间除监测肝功能外, 还应密切注意尿常规、尿酶、血肌酐和尿素的检测。(4) 一旦出现急性肾损害应立即停用克林霉素并及早进行积极治疗和肾病理检查。肝脏系统反应, 有些患者在应用克林霉素后会出现血清转氨酶升高及黄疸^[5], 多数为一过性, 停药后可消失。一般患者用药量较大才出现该不良反应。因此使用此药时应仔细询问患者有无肝、肾疾病, 以免因代谢过慢血药浓度过高而诱发不良反应。用药剂量应严格遵守产品说明, 剂量不可太大, 严密观察病情, 出现不良反应时应及时停药并采取相应措施。一般本品不作为首选药, 同时应防止剂量过大, 静脉给药浓度不能过高, 每次剂量稀释液宜 100~200 mL, 以 0.5~1 h 滴完为妥, 疗程宜 7~10 d。使用时应注意其不良反应, 加强临床合理用药, 以减少或避免不良反应对患者的危害。

2.5.2 治疗 急性肝、肾功能衰竭, 以往单靠常规的保肝利尿强心等综合治疗, 见效慢, 死亡率高, 近年来作者在综合治疗的基础上应用血液灌流与血液透析联用, 取得了良好效果。应用血液灌流联合透析治疗急性肝功能衰竭和肾功能衰竭, 不但能

吸附血中胆红素, 同时对内毒素物质也能吸附, 使血液中的毒物和代谢产物得到清除, 可起到保肝解毒及补充凝血因子的作用^[6], 阻断肝肾继续损害的恶性循环, 使肝肾细胞得以机会再生和修复。急性肝功能衰竭和肾功能衰竭患者体内除了有水溶性的小分子毒素, 同时也含有大量脂溶性中大分子毒素, 利用血液灌流联合血液透析技术治疗, 可以很好地清除这些毒素。使用时将血液灌流器用于血液透析器之前, 其目的: (1) 防止血液经过血液透析器之后被浓缩而造成凝血。(2) 防止酸碱电解质的紊乱。(3) 可以较好地利用透析机上的加温装置, 使回流的血液保温。活性碳血液灌流器主要吸附大分子量毒物, 其特点是吸附容量大, 吸附速率快, 机械强度高, 特别是对于疏水亲脂基团或小分子环状结构的毒素具有较强大的吸附作用。但单纯的血液灌流不足之处: (1) 不能调节电解质的平衡; (2) 不能对水分进行调节; (3) 对于水溶性小分子毒素清除效果不如透析。作者利用其不同的功能特点, 联合治疗妊娠合并急性肝、肾功能衰竭取得了较好的临床疗效。

本案例提示, 静脉给药更易发生不良反应, 因此静脉点滴时应控制剂量和静滴速度, 剂量不宜超过 20 mg/min, 禁止大剂量快速滴注。随着克林霉素的广泛使用, 其不良反应报道也日益增多, 因此临床医生、药师、护士应重视其不良反应, 掌握其发生特点、规律及其处理办法, 加强临床合理用药, 减少对患者的危害。

参考文献

[1] 陶文筠, 郭代红, 谭次峨. 279 例克林霉素临床用药分析[J]. 中国药师, 2005, 8(8): 658-660.
[2] 王雪芳. 克林霉素少见不良反应分析[J]. 中华临床医学研究杂志, 2003, 9(1): 74.
[3] 徐林发, 张哲俊. 盐酸克林霉素静脉给药发生红色尿 4 例[J]. 中国医院药学杂志, 2006, 26(4): 472.
[4] 李宇峰. 克林霉素致新月体肾炎急性肾功能衰竭 1 例[J]. 齐鲁药事, 2005, 24(2): 120-121.
[5] 张艳芝. 克林霉素注射液致黄疸 1 例[J]. 中华临床与卫生, 2004, 3(4): 257.
[6] 段钟平, 韩大康, 刘青, 等. 组合型生物人工肝治疗重型肝炎肝功能衰竭的临床应用[J]. 中华肝脏病杂志, 2002, 10(4): 305-306.

(收稿日期: 2010-04-06)

全程参与做好产房的医院感染管理质量控制

王锦渝(重庆市西郊医院妇产科 400050)

【关键词】 产房; 医院感染; 质量控制

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.079

中图分类号: R183; R714

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)16-1788-02

随着现代医学科学的不断发展, 加强医院感染管理控制是切实提高医疗质量, 确保医疗安全的一个不可忽视的问题。产房护士是确保医院感染控制质量的主要成员, 严格执行无菌技

术操作、消毒、灭菌、隔离等技术操作是重要环节。近年来, 本科室在医院感染方面健全制度, 完善措施, 规范护理行为, 制订质量标准, 建立监控网络, 对控制产房医院感染取得了

明显成效,现总结如下。

1 全员培训,提高认识

制订培训计划,认真组织全员培训。新上岗的护士必须通过医院感染知识强化培训并考核合格后才能进入产房工作。每月组织一次科内人员的医院感染知识培训。每年参加 6~8 学时的全院医院感染知识培训。培训内容重点突出基本操作技术、操作规范,强制性的规章制度,医院感染工作新的进展、医务人员防护知识等。通过培训全体护士对医院感染管理工作的重要性得到认识,增强了工作主动性,能充分明确自己在医院感染控制中的责任、义务和权利。同时在日常工作中自我监督和约束能力增强。能自觉遵守各项护理技术操作规程。有效地提高了护士的行为素质,确保了消毒隔离制度及无菌技术操作原则的正确执行。

2 相关措施

2.1 加强空气和物体表面的管理,控制感染 空气是一种重要的疾病传播媒介,患者的分泌物和排泄物可严重污染空气,某些医疗技术操作也会造成空气的污染,空气中微生物的污染程度与医院内感染有较为重要的关系。每日用紫外线空气消毒机消毒产房 3 次(01:00、09:00、17:00),每次 1 h。连台接生之间消毒 1 h。每周用清水清洗消毒机过滤网后用 95%乙醇纱布擦拭 1 次。每周 1 次紫外线辐射强度测定。同时注意房间的通风换气,确保产房空气质量。物体表面坚持使用含有效氯的消毒剂擦拭。地面每日用含有效氯消毒液湿式清扫 2 次。每次接生后均用消毒液擦拭产床和拖地。无菌物品按灭菌日期先后存放,专人管理。使用后的器械立即用有效氯消毒液浸泡 1 h,再清洗、打包、高压灭菌后使用。无菌罐、镊每周灭菌 2 次。用过的氧气湿化瓶、吸痰器消毒后干燥保存待用,使用后的血压计、听诊器用乙醇擦拭严格消毒。同时每月进行菌落数的生物监测 1 次。

2.2 布局流程管理,减少污染机会 规范产房布局。产房周围环境必须清洁、无污染源。布局合理,严格划分无菌区、清洁区、污染区,区域之间标志明确。同时在入口处划分医护人员和患者通道。对医护人员着装在入口处进行管理。所有通道采取强制通过,不能逆行。拖把分区使用,标识清楚。同时加强对保洁人员预防感染知识的教育,保持环境整洁。

2.3 规范医务人员行为,加强自我防护 产房工作人员应相对固定,开展普遍预防知识教育,要求护理人员在护理活动中,

将所有患者都认为是感染性患者,所有血液或体液都视为感染性物质,严格执行标准预防原则,把握处理方法和报告制度。同时严格执行《医务人员手卫生规范》,每月随机对医务人员手进行微生物监测,对不合格的实行绩效扣分制并影响其年终评优、评先进。

2.4 加强医疗废物的管理,做好终末处理 本院制订了严格的医疗废物管理制度,将医疗废物分类收集,损伤性废物置于防渗耐刺的利器盒中,盛装医疗废弃物的专用桶贴有警示标识,废弃物装满容器的 2/3 时扎口密封,贴上标签注明产生部门,运送至指定的医疗废物暂存点。设专人管理,护士长定时抽查,同时使用专用登记本,每日对医疗废物处理情况进行登记,实行双签名制度,保证每一个环节都不放过。

3 加强监控,确保质量

本院成立了医院感染管理三级组织,同时在医院感染管理委员会的领导下,建立三级监控网络,即产房护士长和医院感染小组成员为一级管理,医院感染管理科为二级管理,医院感染管理委员会为三级管理。一级管理为自我监测,主要监测产房空气、物体表面、医护人员的手和灭菌物品采样以及对消毒液浓度进行监测、检查。医院感染小组成员担任监督检查哨兵,及时发现问题及时整改。护士长每天对医院感染工作进行督促检查,并在每月一次的医院感染小组会议上对发现的问题进行分析,制订出整改措施。在第 2 个月的工作中进行追踪,并将此结果纳入当事人当月的绩效考评。二级管理为医院感染科成员按消毒隔离考核标准定期检查,检查时要求本科护士长或医院感染小组成员在场,当场评分,对存在的问题限期进行整改、追踪。评分结果纳入当月医院对科室的考核中。三级管理则是医院感染管理委员会设立督查组,对护士的操作过程、一次性物品使用情况、医疗垃圾的分类等实行随机督查。督查结果在每季度的医院感染管理委员会上进行通报,对整改不力、严重违反规程的将给予红牌警告。通过努力,2002~2008 年以来,在本院分娩的产妇中会阴切口感染率为 0。说明通过全程参与及干预可有效地降低医院感染的发生率。医院感染控制是一个全程参与的过程,首先应加强人员培训,提高大家的认知,严格执行各项规章制度及技术操作规程,加强督导,才能降低感染率,提高医疗质量。

(收稿日期:2010-04-06)

尿液干化学分析非系统性的影响因素分析

司丽媛,张国明(江苏省宿迁市沭阳县人民医院检验科 223600)

【关键词】 尿干化学分析; 尿液; 药物; 试纸条
DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.080
中图分类号:R446.122 文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)16-1789-03

尿液干化学分析是测定尿液中某些化学成分的快捷方法,已在临床实验室中广泛使用。它具有操作简便、检测项目多、诊断过筛面广、效率高等明显优点。但自 20 世纪 80 年代以来国内外许多专家、学者对干化学检测的影响因素进行了较为深入的研究,发现由于干化学本身测定原理上的局限性及检测过程中的某些中间环节会直接影响检测的准确性,甚至造成假阴性或假阳性。本文就这方面存在的问题作一总结。

1 不同类型的尿液标本对干化学分析的影响

要求用洁净、干燥的一次性容器收集新鲜尿液,不要离心,并在测试前将尿液混匀,应在 2 h 内对其进行检测。不同类型的尿液标本对干化学分析的影响如下。

1.1 时间过长的尿标本 (1)尿液在膀胱内储存时间过长或标本放置时间延长可导致白细胞破坏,其特异性的酯酶释放到尿液中,造成干化学白细胞阳性而镜检阴性的现象。(2)尿液