

起的 I 型变态反应,患者往往会出现不同程度的静脉损伤^[10]。晚期肿瘤患者因摄入不足或肿瘤消耗能量,均有不同程度营养不良,并因放疗、化疗或手术加重,致免疫力显著降低,静脉壁创伤的修复能力及局部抗感染能量也随之降低,易致静脉炎^[11]。化疗前掌握化疗药物的特点、给药途径及注意事项,评估患者的全身情况、静脉条件,制订血管使用计划,提高穿刺技术,合理安排化疗药物输注顺序。化疗过程中加强巡视,密切观察,严格交接班,出现渗漏或可疑渗漏均需立即停止注射化疗药物,并给予相应处理,做好记录。

2.5 防止院内感染 认真执行消毒隔离制度,严格无菌技术操作规程,每月进行院内感染监测。病房每天定时开窗通风,定期用紫外线照射及消毒液擦拭的方法消毒病房和物体表面。保持皮肤及口腔清洁,及时治疗口腔疾患。注意会阴部清洁,保持大小便通畅,加强对安置的各种导管的护理。尽量使用一次性医疗用品,如氧气管、导尿管、口腔护理包、雾化器等。氧气湿化瓶、蒸馏水每日更换。床旁及治疗车上配备速干手消毒液,每项操作前后均洗手,以防交叉感染。

2.6 重视保护性医疗制度的实施 新入院及入院后确诊的肿瘤患者,与家属进行沟通,了解患者对疾病的接受程度,征求并尊重家属意见,对家属要求保护性医疗的患者,在科室进行晨交班,并在办公室做特殊标记,医护人员及家属在患者面前解释一致,共同做好保密工作。科室新进人员及实习进修人员在入科教育时重点强调保护性医疗制度。

2.7 加强护理人员培训,提高安全防范能力 加强护士责任心教育,提高服务意识,注重培养护士良好的职业道德和“慎独”精神;加强护理安全教育,提高护士的风险防范意识^[12];加强护士“三基”培训及应急能力、沟通能力培训,加大对护士专科素质的培养,提高护士的综合水平,及时发现患者的安全问题,查漏补缺,确保患者的安全。

2.8 加强组织管理,合理配备护理人力 科室成立护理质量控制小组,建立并落实安全管理制度,抓好关键环节及关键人员的管理。建立不良事件报告制度,鼓励非处罚性报告,使风险充分暴露,组织护理人员进行讨论,总结经验教训,确保护理安全。科学合理配置护理人员,遇患者增多或突发事件,及时启动护理人员紧急调配预案,按职称、能力安排护士上岗,应用绩效考核机制,调动护士的积极性和主动性,充分发挥护士的潜能,为患者的安全提供保障。

3 讨 论

护理安全管理是护理质量的第一生命和核心目标,护理安

全措施的更新和改革是一个持续改进、不断追求完善的过程。肿瘤患者住院期间的不安全因素是多方面的,是动态的、复杂的过程。护理人员必须熟练地运用护理程序,注重收集患者的资料,全面评估患者的需要和不安全因素,了解患者的社会支持系统,加强与医生及家属的沟通,制订个体化的专科护理措施,把不安全因素消灭在萌芽之中。切实把安全管理贯穿于护理工作的点点滴滴,构建和谐医患关系,避免医疗纠纷和不良事件发生,为患者提供安全、方便、放心、满意的全程优质护理服务。

参考文献

- [1] 潘绍山,孙方敏,黄始振.现代护理管理[M].北京:科学技术文献出版社,2001:349.
- [2] 王美兰,林碎钗,贺彩芳,等.护理安全委员会在护理安全管理中的实践与探讨[J].中国医院,2009,13(6):59-60.
- [3] 左月然.对加强护理安全管理的认识和思考[J].中华护理杂志,2004,39(3):191-192.
- [4] 陈秀霞,何少丽.癌症患者自杀的原因分析及护理对策[J].齐齐哈尔医学院学报,2005,26(12):1477-1478.
- [5] 袁海姬.肿瘤患者跌倒原因分析与防范对策[J].护理实践与研究,2010,7(24):57-59.
- [6] 杨丽,谢艳萍.恶性肿瘤化疗患者的护理安全管理[J].内科,2008,3(6):987-988.
- [7] 李兆元,梁毅,张琦,等.186例老年恶性肿瘤患者院内感染调查分析[J].现代中西医结合杂志,2010,19(15):1940-1941.
- [8] 华路敏,刘宇.乳腺癌术后化疗患者家庭亲密度与适应性的调查与分析[J].中华护理杂志,2009,44(1):78-80.
- [9] 曹锦绣.老年癌症患者的心理状态及社会支持[J].黑龙江医药,2008,21(1):99-100.
- [10] 邢会荣,栾维丽.输液性静脉炎危险因素的研究进展[J].解放军护理杂志,2006,23(12):30-32.
- [11] 胡华莉,曹梅生,王文娟,等.芦荟外敷预防化疗性静脉炎的临床研究[J].护理学杂志,2006,21(19):1-3.
- [12] 唐玉平,沈莉,王爱华,等.加强护理风险管理的做法与效果[J].护理管理杂志,2006,6(9):57-58.

(收稿日期:2011-05-25)

从护理角度分析如何防治白内障术后眼内炎

余时智(重庆市第三人民医院眼科 400014)

【摘要】 目的 从护理角度分析白内障术后眼内炎的原因,并提出相应的防治策略。**方法** 调查近 5 年来眼科 2 363 例白内障患者手术后眼内炎的发生情况。**结果** 无 1 例患者发生白内障术后眼内炎。**结论** 严格执行完善的术前准备,避免术中使用的耗材被污染,正确消毒灭菌,同时严密监测灭菌效果,让患者在相对较好的全身状况下手术。认真做好术前、术后健康教育,严格执行医护人员手卫生要求,是减少白内障术后眼内炎发生的有效措施。

【关键词】 白内障手术; 眼内炎; 护理相关因素; 防治措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1903-02

白内障是眼科的常见病之一,是全世界最主要的致盲原因,占 46%^[1]。迄今为止,世界上还没有任何一种能够治疗白内障的药物,手术是治疗白内障惟一有效的方法。眼内炎是白

内障术后最严重的手术并发症。

眼内炎是指眼球壁的一层或多层及相邻的眼内腔隙的感染性炎症反应。白内障术后眼内炎多在术后 1~4 d 内急骤起

病,伴有剧烈眼部疼痛和视力急剧下降^[2]。虽然比较少见,但后果严重,经过积极有效的抢救治疗,只有少数人恢复有限的视力,大多数人视力丧失,眼球萎缩,甚至摘除眼球。一个复明手术最后却导致失明的结局,不仅患者与家属相当不满意,也给医护人员带来了巨大的职业压力。通过近5年来眼科2363例白内障手术患者的临床实践经验,从护理的角度认真分析原因,采取相应的防治措施,能有效减少眼内炎的发生,现总结如下。

1 与护理相关的白内障术后眼内炎的原因

眼内炎分为外源性和内源性两大类。外源性眼内炎指有外界微生物经手术切口引起的眼内感染,内源性眼内炎指由存在于体内的微生物进入眼内而引起的感染。临床上术后早期眼内炎几乎都是外源性眼内炎,内源性感染十分少见,后者多为迟发性,细菌毒性较弱,迁延时间较长。因此,眼内炎防治重点在于控制外源性眼内感染。

1.1 外眼存在致病菌,术前准备不充分 感染性眼内炎的外界因素包括睑缘炎、结膜炎、泪道阻塞等。即使没有明显炎症反应,但睑缘、睑板腺开口、睫毛、结膜仍可存留细菌,睫毛和睑缘是细菌污染的主要来源。如果术前抗生素眼液执行不到位,术前泪道、结膜囊冲洗、消毒不彻底,手术贴膜未能将睫毛完全包裹,泪囊炎性物质排出到结膜囊,与进出眼内的器械与睫毛多次接触,这些都可能将致病菌带入切口内。

1.2 术中使用的耗材被污染 术前未认真检查手术耗材,如眼内灌注液、粘弹剂、注射器、注射针头、管道包装有无破损;扩瞳药及表皮麻醉药未及时更换、打开人工晶体包装袋之前未认真检查有无破损;人工晶体在植入眼内之前,接触了眼部其他部位,被污染;微量使用的药液打开后未抽入注射器保存,暴露时间太长而污染。

1.3 消毒灭菌不达标 手术包太大,包得太紧,导致中央部位灭菌效果不达标;手术包内未放置有效的高压灭菌指示卡,打开灭菌包后未认真检查是否达到灭菌效果;潮湿的手术包未重新灭菌后使用;超声乳化管理道、手柄及I/A手柄未彻底清洗后再进行高压灭菌,没有做到一人一用一灭菌,中间接台时未严格执行无菌技术操作;使用浸泡消毒液消毒内眼手术器械;高压消毒灭菌器未按规定进行生物监测或未达标。

1.4 全身健康状况欠佳 高龄、糖尿病、局部或全身服用免疫抑制剂患者是眼内炎的危险因素。

1.5 健康教育不到位 患者对健康教育的内容不清楚,不注意用眼卫生,用手及不洁物揉眼,洗脸、洗澡时使水流入眼内。不遵守复诊时间,未按时点药,出现异常时未及时就诊,点眼前未先洗手。

1.6 医护人员手卫生依从性不够 术前、术后点眼药及相关眼部检查、换药等直接接触术眼前后,接触不同患者之间,未充分认识手卫生的重要性,未正规洗手,通过医护人员手污染而导致细菌传播。

2 与护理相关的白内障术后眼内炎的防治策略

2.1 遵医嘱治疗外眼存在的炎症性疾病以及术前准备 先期治疗睑缘炎、结膜炎,清洁睑缘睑板腺开口、睫毛、冲洗结膜囊。如有泪囊炎须先行泪囊手术,结膜囊分泌物细菌培养证实无菌生长后,再安排白内障手术。

按照卫生部白内障的临床路径,局部抗生素左氧氟沙星眼液术前2~3d开始滴眼,如术前1d开始用药者,应达到6次/日以上,手术当日早晨再次频点6次。术前滴用抗生素能减少结膜囊内的细菌,并在前房内达到一定的抑菌浓度。

常规术前1d及术前一晚泪道冲洗,手术当日早晨冲洗结膜囊。冲洗时应让患者上下左右转动眼球,保证彻底冲洗干净,目的是为了避免术前泪道冲洗时,将附着在泪道的细菌冲洗至结膜囊引起术眼感染。5%聚维酮碘或朗索皮肤黏膜消毒液(有效碘含量0.45%~0.55%)术前皮肤消毒,消毒应注意皮肤皱褶处和睑裂,可能有遗漏时应当用消毒棉签直接擦洗睫毛根部和睑缘。安放开睑器时应尽量保持眼睑睁大,皮肤绷紧,以免产生空隙,睫毛要处于外翻状态,被包裹在消毒贴膜之下,少许外露的睫毛应剪除。避免进出眼内的器械与睫毛接触。

2.2 使用有认证的手术器材,严格执行无菌技术操作 术前应认真检查手术耗材如眼内灌注液、粘弹剂、注射器、注射针头、管道包装有无破损;扩瞳药及表皮麻醉药应及时更换(美多丽及倍诺喜眼液开瓶后有效期1周)、打开人工晶体包装袋之前检查有无破损;人工晶体在植入眼内之前,不应当接触眼部其他部位,以免污染;所有微量使用的药液打开后应当抽入注射器保存,以免暴露时间过长而污染。

2.3 正确消毒灭菌,同时严密监测各项灭菌效果 手术包不能太大,包不能太紧,以免中央部位灭菌效果不达标;手术包内应放置有效的高压灭菌指示卡,打开灭菌包后认真检查是否达到灭菌效果;潮湿的手术包必须重新灭菌后才能使用;重复使用的超声乳化管理道、手柄及I/A手柄应彻底清洗后再进行高压灭菌,严格执行一人一用一灭菌,中间接台时更应严格执行无菌技术操作,严禁使用浸泡消毒液消毒内眼手术器械;高压灭菌器按规定进行生物监测并达标。

2.4 在相对较好的全身状况下手术 对高龄患者术前和术中都应格外小心。使用免疫抑制剂患者应选择合适的手术时间。糖尿病患者应当控制血糖在8.3 mmol/L内。身体其他部位存在感染灶例如牙周炎、泌尿系统感染、消化系统感染的患者应当提前治疗,感染控制后再安排白内障手术。

2.5 认真做好健康教育 患者对健康教育的内容应该非常清楚并能严格执行。做到注意用眼卫生,不用手及不洁物揉眼,洗脸、洗澡时勿使水流入眼内,遵守复诊时间,按时点药,出现异常时及时就诊,点眼前先洗手,两种以上眼药滴用时,要间隔10 min,夜间睡眠不再点药。

2.6 严格执行医护人员手卫生要求 术前、术后点眼药及相关眼部检查、换药等直接接触术眼前后,接触不同患者之间,充分认识手卫生的重要性,加强无菌观念和预防医院感染的意识,掌握正确的手卫生方法,杜绝通过医护人员手污染而导致细菌传播。

白内障术后眼内炎是最严重的致盲性手术并发症。护理同仁们必须严格执行完善的术前准备,避免术中使用的耗材被污染,正确消毒灭菌。同时严密监测灭菌效果,让患者在相对较好的全身状况下手术,认真做好术前、术后健康教育,严格执行医护人员手卫生要求。尽最大努力,从护理角度采取积极的预防措施,减少眼内炎的发生,让患者早日摆脱白内障视力障碍造成的痛苦,使患者及时看到一个明亮清澈的世界,提高生活质量。

参考文献

- [1] 惠延年. 眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:254.
- [2] 吴素虹. 临床眼科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:107.