

于部分仪器(如电解质分析仪)需要 24 h 开机、间断冲洗才能保护电极,试剂很快就会用完,而医院患者量少,不能收回成本,仪器很快就会停用。同时仪器的保养维护检验人员不会,造成仪器寿命缩短和检验结果质量上不去。

2.3 没有标准操作程序(SOP),根据 ISO15189 的要求,每个检验科必须有自己一套完整的 SOP 以保证检验结果的可靠性。然而基层检验人员不是专业的,上面培训了也不会制订一套自己的 SOP 文件,仅长赤中心卫生院有部分 SOP,造成检验结果不可靠。

2.4 无室内质控和室间质评,基层医院由于人员素质问题,对室内质控和室间质评基本没有概念,也不会做。经调查没有一家医院做室内质控和参加室间质评,所以检验结果质量也就无从谈起。

2.5 医生对检验结果理解不够,54.7%(29/53)的医生对检验结果临床意义理解不清楚,其中 79.3%(23/29)为中医医生,13.8%(4/29)为了解部分检验结果意义的赤脚医生,6.8%(2/29),使检验科不能发挥该有的效力。

3 讨 论

3.1 针对以上乡镇医院存在的普遍问题与不足^[2-3],个人认为,总体上要有一个区域协作的关系,以行政主管部门牵头,专委承办的模式。

3.2 针对检验人员素质偏低的情况。大力引进专业技术人员是一个快而好的方式,但是很多人不愿意到偏远的乡镇卫生院工作。所以培养自己的专业人才才是可行的。在培养自己的人才模式上应以卫生局牵头,县级医院培训,各医院鼎力支持的模式。具体是由卫生局把各医院需要培训的人员交到各县级医院检验科,由县检验专委成员制订一套合理实用的培训计划和培训方式,一般时间 3 个月,具体主要是培训常规检验项目,有专门的带教老师负责,结束后必须按 CALI'88 的能力比对由专委成员进行考核后方可发培训合格证书,不合格者继续培训。

3.3 针对仪器不能发挥功能的情况。国家在为基层医院配送仪器时,可由基层医院根据当地需要上报后统一采购配送,而

不要由上面直接配送,这样可杜绝因为很多仪器用不上或者是重复造成的浪费。仪器可以由县级医院检验科进行维护保养,建议每月派专人进行月维护,半年维护一般由公司完成,日维护一般由检验人员自行进行。

3.4 针对标准操作程序的问题。由于是统一模式培训的人员,操作基本一样,个人认为可以由县检验专委成员对辖区各培训医院制定统一的 SOP 文件,这样让他们的质量得到保证。当然个别医院有其他项目的单独为其加入,不规定每个医院都检验同样项目。

3.5 针对室内质控的问题。室内质控是检测自己结果准确性的一个可靠指标。对室内质控可采取由专委统一发放质控品,并记录好结果,有问题按程序处理,不行联系专委成员。每月将结果上报专委分析后统一存档。室间质量评价方面每半年组织进行,检验专委会下去带上质控品当场检验,看是否符合相关规定。

3.6 针对医生对检验不了解的问题,可以在专委成员下去维护仪器或处理问题时给该院医生讲课,宣传检验与临床之间的关系。让他们更能了解检验在疾病诊断中的重要性。

在充分了解了乡镇卫生院的情况和建设意见后,作者相信在大家的共同努力下,基层医院检验科的质量会有很大提高,检验科在医院的地位也会上升,医院也就更能为一方百姓的健康保驾护航。

参考文献

[1] 刘福. 基层医院检验人才素质要求的探讨[J]. 医学理论与实践,2001,14(60):570-571.
[2] 夏俊国. 农村卫生院存在的问题及对策探讨[J]. 检验医学与临床,2006,3(5):229-231.
[3] 周剑涛,姚正国,何香等. 农村卫生院临床检验工作现状与对策[J]. 中华医院管理杂志,2003,19(11):661-663.

(收稿日期:2011-05-06)

输尿管镜下气压弹道碎石术的健康教育

卢贤军,谭 俊(重庆市万州区余家中心卫生院护理部 404046)

【关键词】 输尿管镜; 气压弹道碎石术; 健康教育
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)20-2555-03

输尿管镜下气压弹道碎石术(URSL)是腔内碎石的新技术,其机制是将压缩气体产生的能量驱动碎石机手柄内的子弹体,子弹体脉冲式冲击结石而将结石击碎,是中下段输尿管结石的首选疗法,具有无切口、创伤小、患者无痛苦、治疗彻底、住院时间短及费用低等优点。本院于 2010 年开始开展输尿管镜下气压弹道碎石术,时间短,为了提高对该类手术患者的护理质量,掌握这一群体患者的健康需求,有针对性地进行健康教育,作者随机对 10 例输尿管镜下气压弹道碎石术患者进行了面对面的访谈,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010~2011 年在本院泌尿外科行输尿管镜下气压弹道碎石术的患者 10 例,年龄 27~50 岁。其中男 6 例,女 4 例;文化程度:高中 2 人,初中 2 人,小学 5 人,文盲 1 人;输尿管中段结石 3 例,输尿管下段结石 7 例。

1.2 方法 采取面对面的个案互动方式,用通俗易懂的语言与受访者深入浅出地进行交谈。患者入院后,主动接待,自我介绍,并向其介绍病区环境、医院规章制度、主管医生和护士。在平时操作和护理过程中,态度热情、友好,动作轻柔,技术娴熟,多与患者沟通、交流,多倾听,给患者信赖感,在建立良好的朋友关系后,再约定具体的访谈目的、时间和地点。在取得患者及家属完全自愿的情况下,以开放式方式进行交谈,并记录。如:选择 URSL 前是否了解该手术,是否了解术前准备,是否担心手术失败,是否进行过其他碎石方式等。访谈时间约 30~50 min。

2 结 果

对访谈资料进行整理、分析。患者主要有如下健康需求。
2.1 URSL 的优缺点 2 例患者从其他途径知道输尿管镜下气压弹道碎石术比传统手术和体外冲击波碎石好,碎石彻底、

安全性高、经济、痛苦小。其他 8 例入院后医生告之。

2.2 URSL 的操作方法 8 例患者对 URSL 碎石表示怀疑, 另外 2 例相信 URSL 的效果。

2.3 术前准备及注意事项 具有哪些, 具体怎么做以及如何配合, 患者都不太清楚。

2.4 心理紧张、恐惧、疑惑 有 6 例患者术前 1 d 心理紧张, 睡眠欠佳(以女性为多)。另 2 例表现一般, 睡眠尚可。其余 2 例无所谓。

2.5 担心结石复发或碎石不尽 有 4 例患者曾行体外冲击波碎石失败, 担心碎石不尽, 10 例患者均担心术后结石复发。

2.6 担心术中痛苦及术中、术后并发症 主要在术前 1 d 及术后 1 d 较明显。

2.7 担心术后生活质量受到影响 尤其是男性患者担心术后性生活质量受到影响。

2.8 术后生活指导 术后采取何种体位, 何时进食何种饮食, 何时下床活动, 住院期间及出院后需注意些什么, 都需要指导。

2.9 术后留置尿管及双“J”管指导 何时拔管, 如何保护、观察, 为什么留置尿管及双“J”管, 如何防止感染等。

3 讨 论

健康教育是一项有目标、有计划、有组织、有系统及有评价的教育活动, 可促进人们自觉地采用有利于健康的行为, 以改善、维持和促进人类健康^[2]。健康教育是现代护理学发展的必然产物, 是整体护理的需要, 是护理服务质量的最高追求, 也是每个护理工作者的职责。可以通过某一例患者某些方面的需求, 或某一种疾病患者的某些方面的共同需求为标准, 而对所有类似患者作这些方面的指导, 使他们能够更快地走出疾病的阴影。依据此次访谈结果, 对输尿管镜下气压弹道碎石术患者, 应着重如下健康指导。

3.1 对患者及家属宣讲 URSL 知识 主要介绍气压弹道碎石术的优缺点: 该手术仪器由(中外合资的 WSC-Z1070A 型)医用纯无油空气压缩机、ELE 腔内气压弹道碎石机、(中外合资的 ISA-ⅢA 型)医用加压器、控制仪、显示器及操纵杆手柄组成。工作电压 220 V, 分为连发和单发两种工作模式。压缩机箱输出气流压力为 0.6~0.8 mPa, 经过减压过滤器降至 0.45 mPa, 通过气压调节旋钮调整碎石所需气压, 一般工作压力为 0.2~0.4 mPa。在患者取截石位体位下, 施术者通过操作手柄内弹道射体在脉冲气流的启动下, 沿精密制作的弹道内作高速往返运动撞击冲击杆, 冲击力经冲击杆传递至结石而碎石, 宣教方式采取护士与患者及家属一对一的讲解; 发放宣传资料; 看以输尿管镜下气压弹道碎石术制成的光碟, 边看边讲。该手术与患者接触部位不带电、不产热, 对周围组织不造成损伤, 操作简单, 碎石效力高, 时间短, 患者无痛苦。让患者及家属充分了解气压弹道碎石知识, 打消其顾虑, 使其积极主动配合手术, 增强其手术信心。

3.2 对疾病知识的健康指导 从访谈结果看, 很多患者来自偏远山区, 或是文化知识落后, 对输尿管结石不甚了解。因此, 护士应针对不同个体的接受能力予以指导, 结石的形成原因至今尚未完全阐明, 可能与气候环境、饮食、营养、疾病等多种因素有关。例如长期卧床, 使骨质脱钙; 甲状旁腺功能亢进, 血钙水平较高; 细菌感染, 使尿液碱化, 尿中磷酸氢镁晶体增加; 尿路梗阻, 尿液排泄不畅, 尿中结晶体容易沉淀; 干燥、炎热、高温环境, 长期尿液浓缩和维生素 A 缺乏等, 都可以诱发本病。因此, 指导患者讲究饮食卫生, 养成良好的健康的饮食习惯; 如有基础疾病, 应及时、彻底地治疗; 日常生活中多饮水, 特别是在

炎热的夏季或是高温作业者等等。

3.3 术前给予心理支持 从入院开始, 护士应在护理的全过程中, 多与患者交流、沟通, 了解患者的思想动态, 耐心倾听患者的提问, 并一一给予解答, 解除患者的疑虑。尤其是针对一些来自农村的患者和年老的患者, 思想观念较保守, 或是一些知识型患者, 认为涉及隐私权, 在术中取截石位暴露会阴部, 又有可能面对异性医护人员而心存顾虑, 对此类患者护士应耐心与其交流、沟通, 对其讲解此体位的必要性。在操作中尽可能在不违背无菌原则的情况下, 减少暴露部位, 同时使用安慰性语言给患者以鼓励和支持, 增强其战胜疾病的信心和对美好生活的向往。有的患者担心碎石不尽(尤其是经过体外冲击波碎石失败者)。有的担心碎石后复发或不良反应和并发症的发生而对手术持怀疑态度, 因此, 护士应介绍同室病友特别是同类手术患者与他认识, 交流, 以其现身说法消除其紧张、恐惧心理, 用通俗易懂的语言讲解手术的安全性及与其他术式的区别及优点; 向患者详细介绍手术的目的、方法、术前准备、术中配合、术后注意事项, 运用图片及 URSL 光碟向患者介绍手术全过程, 增强其自信心, 使患者心情放松, 心态稳定, 积极主动配合手术。指导患者通过拍片或 B 超检查证实碎石是否完全, 如遇结石较大或质地过硬、过软者, 指导患者尽可能采取开放式手术治疗, 以减轻其就医时间及费用。

3.4 术前注意事项的指导 充分的术前准备, 能帮助患者树立手术的信心, 愉快的接受手术和安全地度过手术。如术前各种检查的及时性、重要性、正确性指导, 术前禁食禁饮指导及术前清洁灌肠及碘造影的必要性的宣教, 以及患者自身卫生指导等。

3.5 术后留置导管的指导 由于碎石后输尿管黏膜均有不同程度的水肿、出血或黏膜剥脱, 有时结石碎片堆积在一起或形成石街; 或是术中发现结石部位输尿管狭窄或合并输尿管损伤时, 通常术后需常规保留导尿 3~5 d, 留置双“J”管 4~6 周后拔出。对此类患者应指导导管的重要性: 是为了防止局部水肿、粘连、狭窄, 起引流支撑作用, 防止肾积水; 碎石后的小结石还可沿双“J”管下滑, 有利于排石, 提高碎石成功率, 减少术后并发症, 但个别患者术后会出现腰痛, 膀胱刺激征等不适。而对于结石较小, 时间短, 碎石完全, 局部损伤轻者, 常规留置尿管 2~3 d 即可。不管是何种导管留置, 均需指导患者多饮水, 每天饮水大于 3 000 mL; 保持大便通畅, 适当卧床休息, 卧床时保持尿管通畅无脱落、扭曲, 经常挤压尿管, 预防碎石、血块堵塞而影响排尿、排石; 每天更换引流袋, 引流袋任何情况下均低于耻骨联合处, 防止尿液逆流引起感染; 观察记录引流液颜色、量及性状, 碘伏擦拭尿道口及尿管前端, 每天至少两次, 如尿道口分泌物多者应增加消毒次数; 更换引流袋及拔管时严格无菌操作。

4 术后并发症指导

4.1 血尿 术后患者均有不同程度的淡红色血尿, 颜色一般在术后 1~2 d 逐渐转清, 留置双“J”管者血尿持续时间稍长些, 个别患者须在拔出支架管后血尿才能转清。对此类现象原则上不需特殊处理, 早期要求患者静卧休息, 指导患者多饮水, 适当抗炎、止血处理即可缓解。

4.2 疼痛 URSL 术后因输尿管内残留小血块或手术碎石(损伤黏膜或留置双 J 管)等原因, 个别患者有轻微的腰痛不适。因此, 应耐心向患者讲解留置导管的必要性, 对患者予以心理疏导。指导患者注意卧床休息, 术后 6 h 后取半卧位, 进食清淡粗纤维食物, 保持大便通畅。指导家属陪患者聊天, 听

轻音乐,看电视等转移其注意力,对于疼痛耐受力差的患者,夜间予以止痛剂或安眠药。

4.3 发热 不常见,多数患者表现为低热,体温很少超过 38.5℃,部分患者因合并尿路感染或因术中灌注所致返流性感染等,可出现高热,经抗感染、降温处理均可恢复正常^[3-4]。因此,指导患者术前术后配合治疗,术中低压(50 cm H₂O)灌注或使用甘露醇作为冲洗液,严格无菌观念,术后留置内腔稍大的导管作为内引流显得尤为重要。

5 出院指导

出院时耐心指导患者自我监测尿液的色、质、量,多饮水,勤排尿,每日保持尿量 2 000 mL 以上,保持大便通畅,养成良好的卫生习惯,根据结石成分嘱患者少进或不进以下饮食:浓茶、咖啡、啤酒、菠菜、动物内脏等;指导患者留置双“J”管期间,适当休息,避免剧烈活动,尤其避免做四肢及腰部同时伸展动作,防止双“J”管滑脱或上下移动,避免突然下蹲及重体力劳动。1 个月后返院复查并在膀胱镜下拔出双 J 管,术后 3 个月 B 超或 X 线平片检查有无结石复发,连续 3 次。如有血尿、发热、腰痛不适即时随访,并告之其随访电话。

6 小 结

本院开展 URSL 术近两年来,以此访谈结果为依据,针对患者知识缺乏,营养失调,潜在并发症等护理问题,围绕输尿管

结石相关知识对每位患者(尤其是泌尿系统疾病患者)认真仔细的进行健康教育,收到良好的护理效果,得到片区内广大患者的一致好评。从而大大降低了护理纠纷,改善了护患关系。健康教育作为一种行之有效的干预手段,帮助了患者安心手术,积极主动配合手术,平安度过手术及疾病的健康恢复。因此,护士应强化健康教育理念,提高健康教育能力,改进护理措施,以在激烈的医疗服务竞争中提升自己的护理服务品质。

参考文献

[1] 刘玉琳,张艳琴.腹腔镜子宫肌瘤手术患者的健康教育[J].国际护理学杂志,2009,28(12):1669-1670.
[2] 杨致敏.舒适护理在输尿管结石患者行输尿管镜气压弹道碎石术治疗围术期的应用效果观察[J].全科护理,2008,6(31):2854-2856.
[3] 庄乾元.经尿道手术学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2002:69.
[4] 宋方闻,钟惟德.输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石[J].检验医学与临床,2008,2(4):37-39.

(收稿日期:2011-05-13)

微生物实验室培养基的质量控制

王绥家,黄宏星(海南省出入境检验检疫局技术中心,海南三亚 572000)

【关键词】 微生物实验室; 培养基; 质量控制
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.079 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)20-2557-02

现在市场上生产培养基的商家不少,其质量保证也存在一定的差异,然而培养基的质量却是微生物实验室检验结果的保障,是微生物实验室质量控制的重要环节,如果在微生物检验工作中忽略了培养基的质量控制,将会导致检验结果的偏离甚至错误,所以认真加强完善与提高培养基的质量控制,才能保证微生物实验室结果的准确性。本文就培养基在微生物实验室检验中应注意的质量控制措施进行讨论。

1 培养基的采购、验收和贮存

1.1 采购 微生物实验室检验用的商品化培养基或干粉培养基的厂家必须是国家质量认可的企业,如经过 ISO9001 体系认证或满足相应的资质证明。一般要选择产品市场信誉度高,有质量保证能力和服务保证能力的企业,而且生产企业应提供培养基名称、独立成分、添加成分和有效期、性能评价和所用的测试菌株、技术数据清单、质控证书、必要的安全危害数据等,以利于使用者对产品进行记录和比较。

1.2 验收 微生物实验室收到培养基后,应有专人做好培养基的接收与验收工作,实验室应有培养基的入库记录,详细记录生产商家培养基的名称、批号、接收日期、有效期、包装及其完整性。每批培养基接收后在使用前,都应对培养基进行技术验证,该批培养基只有经过验证合格,才能投入使用。

1.3 干粉培养基的贮存 商品化培养基和干粉培养基应严格按照供应商提供的贮存条件、有效期和使用方法保存和使用。

2 培养基使用的水

培养基配制用水应用蒸馏水或经转渗透处理并无菌、无干

扰剂和抑制剂的水,该水的电阻率在 25℃时,应大于或等于 300 000 Ω/cm,重金属(Cd、Cr、Cu、Ni 等)含量小于 0.05 mg/L,重金属小于 0.05 mg/L^[1]。

3 培养基的称量和复水

称量时要用专用的角匙,操作时动作要缓慢,要佩戴口罩或在通风柜中操作,防止吸入含有毒性物质的培养基干粉成分。培养基复水时所用的容器的大小要大于复水后培养基总体积的 2 倍以上,防止在加热溶解(灭菌)过程中培养基溢出。复水时在制备的培养基的干粉中加入适量的水,并充分溶解后,然后再加水至所需的量。

4 培养基的溶解和灭菌

4.1 有些特殊的培养基高压灭菌会破坏其成分,(根据使用说明)只能煮沸灭菌,如采用直火加热,应不断搅拌避免结底炭化而破坏其成分,如采用沸水浴或微波炉加热效果可能会更好,在加热过程要注意因过度煮沸而使培养基从瓶口溢出。

4.2 需要高压灭菌的培养基,一般都会采取 121℃ 15 min 灭菌,但是不可盲目地按培养基的说明时间设定灭菌时间,以致培养基因灭菌的时间过度而变性或灭菌时间不足而没达到灭菌效果。应根据该微生物实验室高压灭菌器已定的灭菌工艺,设定符合相应的灭菌时间,灭菌效果应用化学指示带或生物指示剂进行检测。

5 培养基的 pH、融化和添加成分

5.1 培养基的 pH 微生物只有在适宜的 pH 范围内才能正常生长繁殖或体现其生物学特性。培养基配方要求的 pH 为