

对重点科室及重点环节。

1.2.2 强化制度落实 成立了护理风险管理小组,分析全院护理安全问题,实行护理部→护理质控小组→科室护理质控小组的三级护理安全管理监控分层管理体系;加强护理人员风险意识教育;培养护士的沟通协调能力,每周进行考核,现场反馈。

1.2.3 建立有效预警 建立缺陷上报系统,各科室积极主动上报医疗护理缺陷,采用保密、非惩罚等手段促进上报率,及时纠正这些构成差错事故的危险因素^[1]。每月召开通报会,促进医护、护护之间的相互尊重和有效提醒,最大程度地避免与控制风险。

1.2.4 强调重点控制 针对重点对象、患者、时段、环节的质量控制,重视新入、危重、手术、化放疗等患者的风险监控,分别于 07:30、14:30、18:00 检查新入院患者的初步处理、特殊治疗患者的准备等。在治疗的高峰、交接班、节假日等时段实行弹性排班,防止因人员不足出现差错事故。静脉输注药物由配液中心统一配置,经配液中心药师和病区护士双重核对。禁止在下肢浅静脉输注化疗药物,选用中心静脉置管减少对血管的刺激和静脉炎的发生。

1.2.5 提高业务素质 每周组织业务学习,每月一次培训考核。针对新业务、新技术的开展及药物的更新情况,及时组织护理人员学习,掌握药物的作用、不良反应及处理。对全院护理人员进行标准化操作流程和注意事项培训考核。

1.2.6 构建和谐关系 建立良好的护患关系,从患者需要出发,满足其合理要求。采用责任护士和包干护士负责制,将心理疏导和健康教育贯穿于护理全过程,做好个性化护理,减轻焦虑,防止自杀等不良事件发生。

1.3 统计学方法 资料用百分比表示,用 χ^2 检验进行分析、比较, $\alpha=0.05$,SPSS13.0 统计软件进行处理。

2 结 果

对本院加强护理风险管理制度前(2008 年 1~12 月)与完善实施后(2009 年 1 月至 2010 年 12 月)的各项护理缺陷发生进行比较,经统计学分析:护理缺陷的发生率明显降低,差异有统计学意义,结果见表 1。完善护理风险管理制度,加强风险防范,患者满意度由 90.3%提高到 98.0%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

术中输血过敏反应的抢救与护理

张 婕,倪传英,赵 勤(重庆市肿瘤研究所手术室 400030)

【摘要】 目的 探讨有效降低术中输血过敏反应发生的方法。**方法** 对 1 例术中输血过敏反应进行回顾分析。**结果** 手术中对输血患者生命体征、皮肤黏膜、气道压力的密切观察,可为抢救争取时间。**结论** 通过积累临床经验可不断提高手术室的整体护理水平。

【关键词】 术中输血; 过敏反应; 抢救; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0491-02

手术室输血是一种特殊的治疗手段,手术前认真的做好术前访视工作,输血前对患者病情充分了解,术中密切观察患者生命体征,可以有效降低术中输血过敏反应的发生。现就本院 1 例术中输血引起过敏反应的抢救与护理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,男,47 岁,体质量 83 kg,在全身麻醉下行左全肺切除术+淋巴结清扫术。入室血压:130/80 mm Hg,心率:90 次/分,全麻下支气管插管,插管顺利,并行右锁骨下

表 1 开展前后护理缺陷发生情况的对比分析

发生情况	开展前(n=21 938)	开展后(n=57 846)	P
护理差错	93(0.42)	68(0.12)	<0.01
褥疮	131(0.60)	72(0.12)	<0.01
跌倒	28(0.13)	23(0.04)	<0.01
导管脱落	174(0.79)	164(0.28)	<0.01
导管感染	307(1.40)	243(0.42)	<0.01
自杀	15(0.07)	6(0.01)	<0.01

表 2 实施风险管理后患者满意度比较

项目	总例数	满意度例数	满意度(%)	P
实施前	21 938	19 810	90.3	<0.05
实施后	57 846	56 689	98.0	<0.05

3 讨 论

实施有效的护理风险管理制度,重视风险管理的各个环节^[2],注重过程管理与环节质量控制,提高护士的风险防范意识,能有效地规避护理风险,

2 年来本院通过对肿瘤患者存在的主要护理风险采取积极有效的护理管理措施,取得了较好的成效,护理不良事件发生的概率明显降低,患者满意度提高,保证了诊断治疗的顺利进行。护理风险管理是一项长期的、持续的工作,需不断健全护理管理机制,有效地推进科学化、系统化、制度化的护理质量管理工作,真正为患者提供更加安全、优质的护理服务^[3-4]。

参考文献

[1] 潘绍山,孙方敏,黄始振,等.现代护理管理学[M].北京:科学技术文献出版社,2007:354-355.

[2] 李加宁,宋雁姝.加强护理风险管理的思路与方法[J].中华护理杂志,2005,40(1):47-48.

[3] 陈杨,王旭.分离种带骄傲发在肿瘤专科护理中的应用[J].海南医学,2011,22(4)152-153.

[4] 冯春雨.肿瘤专科护士职业暴露的安全防护管理[J].黑龙江医学,2008,32(4):309.

(收稿日期:2011-08-22)

深静脉穿刺及桡动脉穿刺置管,患者生命体征平稳。

1.2 术中过程 手术开始,胸腔内粘连行左全肺切除。由于术中粘连严重,手术复杂,术中失血明显,约 4 000 mL,尿量 1 800 mL。4 h 后患者血压在 90~75/50~45 mm Hg 波动,心率 110 次/分,考虑容量不足,失血性休克。遵医嘱给予去氧肾上腺素 50 μ g,升压不明显,遵医嘱立即改用去甲肾上腺素(2 mg/50 mL)按 8 mL/h 的速度泵入,血压一直维持在 110/65 mm Hg,按血压调整泵入速度,生命体征平稳。同时输注红细

胞悬液 600 mL, 血浆 200 mL。手术到结束时出血约 500 mL, 查血气 Hb 6.4, 已输入红细胞悬液 1 200 mL, 期间患者生命体征平稳, 现输注最后一个红细胞悬液 200 mL 时, 发现患者前胸、腋下及腰部出现红色斑丘疹, 血压持续下降到 70/30 mm Hg, 气道压力 35 cm H₂O。

1.3 抢救过程 医生诊断为红细胞悬液引起的严重过敏反应, 遵医嘱立即停止输血, 换输液器输入复方氯化钠注射液, 给予肾上腺素 20 μ L, 同时配成 1 mg/50 mL, 以 20 mL/h 持续静脉泵入, 血压维持至 120/80 mm Hg, 心率 130 次/分, 给予氢化可的松 100 mg/500 mL 电解质静脉滴注。20 min 后皮疹明显消退, 生命体征平稳。由于病情发现及时, 处理得当, 患者恢复良好, 无后遗症发生。

2 护 理

2.1 预防 (1) 正确管理血液和血制品; (2) 选用无过敏史的供血者; (3) 对有过敏史的患者, 输血前根据医嘱给予抗过敏药物。

2.2 处理 根据过敏反应的严重程度给予对症处理。(1) 轻度过敏者, 减慢输血速度, 遵医嘱给予抗过敏药, 如苯海拉明、异丙嗪或地塞米松, 用药后症状可减轻; (2) 中、重度过敏反应, 应立即停止输血根据医嘱皮下注射 1:1 000 肾上腺素 0.5~1 mL 或静脉滴注氢化可的松或地塞米松等抗过敏药物; (3) 给予氧气吸入, 严重水肿者行气管切开; (4) 监测生命体征变化。

3 体 会

3.1 术中输血过敏反应 不容易被及时发现, 因患者在术中全身被无菌巾覆盖, 皮肤出现荨麻疹不可能被及时发现, 而眼睑轻度水肿也往往不会引起注意。再者术中出血常常给予血压下降判断假象。据以上特点, 巡回护士应在术中输血时密切观察患者的血压、心率、心律、氧饱和度的变化情况, 一旦出现血压下降, 加快速度输血而未提升血压, 就要考虑到是否有输血

过敏反应, 要及时进一步检查全身及眼睑是否有荨麻疹和水肿, 并作出及时的诊断和治疗, 及时执行医嘱, 做好各种应急情况的处理。

3.2 术中输血对观察患者 有一定的难度, 时间长, 出血比较多, 手术室护士必须密切注意手术进行情况, 患者生命体征和出血情况, 及时供应术中所需物品, 配合医生抢救。术中遇到输血时, 应严格执行查对制度, 安全输血, 开始输血速度要慢, 先观察 5~10 min, 无过敏反应后, 根据医嘱再调节速度。本例发生血压下降, 皮肤呈红疹前 2 min 才输注了 1 个单位的红细胞, 所以护理人员要掌握术中应急处理的措施, 在全身麻醉及手术的情况下, 容易将输血过敏反应相混淆而延误诊断与处理, 因此对术中需要输血的患者术前访视及过敏史的评估工作十分重要, 对术中输血的患者应密切观察生命体征及皮肤的一般情况、气道压力的情况。发现异常, 及时报告麻醉师, 准备抢救药品和器械, 配合医生进行抢救, 做好记录。

3.3 准备好充足的抢救器材、物品、药品, 定点放置, 专人管理, 定期检查、检修、消毒、用后及时添加, 保证抢救时的需要。

参考文献

- [1] 郭晓娟. 临床输血反应 2 例[J]. 临床合理用药, 2010, 3(21): 115-116.
- [2] 舒琪惠. 静脉输血不良反应的预防及护理[J]. 中国社区医师, 2009, 11(17): 211.
- [3] 柏则蓉, 郭宴海, 吕辉, 等. 输血不良反应的原因分析与护理[J]. 中国现代医生, 2008, 10(46): 128-129.
- [4] 杨冬梅. 常见输血反应的临床护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2008, 29(11): 1389-1390.

(收稿日期: 2011-08-22)

(上接第 488 页)

体产生抗类脂质抗体的交叉影响, 会出现假阳性结果。但是观察其滴度的变化可作为对梅毒治疗效果的观察^[2]。在单独 5 例 TRUST 阳性者中, 2 例为严重类风湿患者, 1 例为重度脂血者, 1 例晚期癌症患者, 1 例为 II 期梅毒治疗者(1:8), 另有 11 例假阴性标本。

TP-ELISA 法和 TPPA 法, 均为特异性梅毒螺旋体抗体血清学实验, 对抗体的 IgM 和 IgG 均能检测。其差别在于 TP-ELISA 法是以双抗原夹心法检测血清中梅毒特异性抗体, 显色后, 以酶标仪记录每份标本 OD 值数据, 通过与 Cut off 值比较判断阴阳性, 该方法不但能对实验数据进行保存, 还能在实验过程中随带质控品测定, 建立质控图以评价实验结果, 成为梅毒血清学实验的首选筛查法^[3]。但是该方法在实验过程中易受到外界温度高低、温育时间长短以及杂质污染等因素影响, 而干扰后的显色深浅, 使 OD 值读取产生误差。假阳性的 1 例标本就是在加入底物显色时不慎落入细小纸屑导致显色加深, 判定为阳性, 而 1 例假阴性标本却因显色过浅, OD 值未超过 Cut off 值而判定为阴性。

TPPA 法以纯化的致病性密螺旋体抗原致敏惰性人工明胶颗粒, 其结果稳定, 据丁双双和沈霞^[4]报道其敏感性和特异性可达 96%~99%, 对梅毒早期感染的确诊有重要意义, 且操作简便, 肉眼即可判断结果, 成为各实验室公认的梅毒血清学确认试验。本试验以 TPPA 法确认的 55 例阳性标本和临床

符合率为 100%。

分析 2010 年的梅毒检测工作, 采用 ELISA 和 TRUST 法作为筛选试验, 其筛查结果具有统计学一致性($P>0.05$), 并且又以各自实验方法的差异性, 对各阶段的梅毒感染血清均能筛出, 使本科在最大层面上防止了对梅毒感染者漏报现象的发生, 用 TPPA 法复检的结果结合临床调查作为最终确认, 又使临床工作做到了无误报。这 3 种实验方法操作方便, 结果易判断, 对实验室的条件及仪器设备均无特殊要求, 先筛查再确认的工作模式也非常适标本量大的基层医院所应用。

参考文献

- [1] 张玲, 李慧源, 黄新, 等. 酶联免疫吸附法和间接免疫荧光法检测 dsDNA 抗体方法的比较[J]. 现代检验医学杂志, 2009, 24(5): 80-81.
- [2] 陈桂兰, 陆燕, 周方, 等. 基层医院输血前正确选用梅毒检验方法的探讨[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(23): 2618-2619.
- [3] 王珍光, 郭建巍, 马骢, 等. 梅毒检测方法的临床应用研究[J]. 现代检验医学杂志, 2011, 26(1): 152-155.
- [4] 丁双双, 沈霞. 梅毒螺旋体血清学筛查和确诊试验的应用[J]. 检验医学, 2007, 22(6): 681-683.

(收稿日期: 2011-08-09)