

3.2 护理对策

3.2.1 清创室环境 及时处理沾满血液的手术包布、敷料,清除手术台等带血痕迹,清创室应保持整洁舒适,以减少对患者的不良刺激。

3.2.2 体位安置 清创手术患者无论手术大小均应给予平卧位,增加舒适感的同时增加回心血量,以避免低血压甚至晕厥的发生。预防坠床、摔伤等意外。

3.2.3 了解既往病史 清创术前应了解并熟悉患者病史,以便有针对性地观察病情,预防术中可能发生的病情变化,及时准确地采取积极有效的护理措施。

3.2.4 术前有效止血、止痛 根据受伤部位采取有效的止血措施,如指压相应出血部位动脉、加压包扎止血、抬高患肢、应用止血气囊等,最大限度地减少出血量,防止因出血量多,循环血量骤降而导致休克。清创术应用无痛碘消毒,因人而异酌情调整局麻用量,最大限度减少疼痛刺激。

3.2.5 急救准备 使氧气、吸引器、简易呼吸器、气管插管等急救物品及平衡液、代血浆等输液用物时刻呈备用状态,确保仪器性能良好,药物不过期、不变质。

3.2.6 防止窒息 酒醉、神志模糊、口腔、咽喉部位出血患者应取平卧头侧位或侧卧位,以免血液、分泌物、呕吐物反流窒息。术中加强巡回,备好吸引器,以免因体位改变、口腔内出血量剧增等引起窒息意外。

3.2.7 用药护理 熟悉术前用药的作用、目的及药物可能引起的不良反应,以便加强对药效的观察和护理。

3.2.8 加强心理护理 焦虑情绪和行为反应可直接影响到生理平衡^[2]。

4 讨论

对一切开放性创伤,特别是有泥土污染和损伤严重、无生活力的肌肉者,最好在伤后 6 h 内清创^[3-4]。如受伤已超过 6 h,可加在使用大量抗生素的情况下,进行彻底的清创术,术后发生感染的机会就少。防止感染的发生是治疗开放性损伤的主要原则,做好清创术就成为治疗开放性损伤的关键^[5]。

护士在接待急诊清创时,除了完成常规的护理操作进行紧张的术前准备外,还应该考虑到急诊患者强烈的情绪反应以及对病情和手术的直接影 响;在进行清创术时应加强病情观察,增加预见性和相应的急救措施,针对急诊患者不同的心理状态做好术前宣教,关切地询问、解释和熟练、轻柔地操作,均可影响患者的心理状态。护士可简要地询问病史,严密观察病情,认真、迅速、沉着、熟练地进行术前的各项准备,从言谈举止上给患者以适当的安慰和必要的心理指导,嘱咐患者勿直视受伤部位,减轻他们紧张、恐惧和焦虑心理^[6]。采取转移疏导疗法,通过交谈和耐心倾听,让患者把引起焦虑的原因表达出来,减轻心理压力,达到精神上的解脱;有针对性地向患者介绍与手术有关的知识,说明手术的必要性和安全性,减轻患者的焦虑反应,稳定术前情绪,使其积极主动接受治疗,同时要规范患者处置流程,确保手术顺利进行和患者早日康复。

参考文献

- [1] 黄素群,郑蓉,郑静,等. 外伤患者在清创术中发生晕厥及不适症状的原因发现及护理[J]. 重庆医学,2005,34(1): 152.
- [2] 刘英,吴兰笛,周红. 急诊手术患者焦虑对生命体征的影响[J]. 中华护理杂志,1989,33(11):661.
- [3] 陈先云,陈蜀岚,刘华. 地震伤员开放性伤口感染相关因[J]. 四川医学,2009,30(5):737-739.
- [4] 杨建,石应康,冯锡强,等. 胸伤合并多发伤的临床特征与分型救治 10 738 例创伤住院患者回顾研究[J]. 中华创伤杂志,2002,18(5):283-286.
- [5] 曾米加. 清创术在汶川地震伤员肢体创伤处理中的作用[J]. 检验医学与临床,2010,7(3):262-263.
- [6] 李维光. 焦虑的诊断与护理[J]. 中华护理杂志,1989,24(12):752.

(收稿日期:2012-06-05)

临床护理路径在腰椎椎管狭窄患者围术期中的应用

李玉萍(四川省雅安市人民医院 625000)

【摘要】 目的 探讨临床护理路径在腰椎椎管狭窄患者围术期中的应用价值。**方法** 对 2010~2011 年雅安市人民医院收治的 46 例腰椎椎管狭窄患者,随机分为观察组 29 例和对照组 17 例。分析观察组和对照组护理相关项目和并发症发生情况。观察组接受路径护理而对照组接受常规的护理。**结果** 所有患者 1 周后随访:对照组 17 例重复输液通道建立 4 例,占 23%,静脉炎 3 例,占 17%;观察组 29 例重复输液通道建立 1 例,占 3%。静脉炎 1 例,占 3%,卧床护理期间患者情况,对照组 17 例,肺部感染 2 例,占 11%,尿路感染 2 例,占 11%,腹胀 3 例,占 18%,误吸 1 例,占 6%;观察组 29 例,肺部感染 2 例,占 6%,尿路感染 3 例,占 10%,腹胀 1 例,占 3%,无 1 例误吸。**结论** 路径护理能显著提高腰椎椎管狭窄患者围术期的护理质量,并发症发生较少,提高患者及家属的满意度。

【关键词】 腰椎椎管狭窄; 临床护理路径; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)18-2387-02

腰椎管狭窄症是由于椎管发生的骨性和(或)纤维性狭窄引起的脊髓、马尾及脊神经根的压迫而出现相应的神经功能障碍^[1]。目前我国人口老年化,发病比例高。为探讨腰椎椎管狭窄患者围术期的最佳护理方法,2010~2011 年本科收治的 46 例腰椎椎管狭窄患者,随机分为观察组 29 例和对照组 17 例。分析观察组和对照组护理,相关项目和并发症发生情况。观察组接受路径护理,而对照组接受常规护理,其效果现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2009~2011 年本科收治 46 例腰椎椎管狭窄患者,其中男 37 例,占 80%,女 9 例,占 20%,年龄 58~84 岁,平均 68 岁。随机分为观察组 29 例和对照组 17 例。

1.2 方法 患者入院后由责任护士对其进行护理,对照组护理模式,按一般方式进行;而观察组护理模式,按制定好的路径护理内容进行。护士长对责任护士路径护理实施情况进行监

督,记录患者输液期间需要重复建立输液通道、发生静脉炎例数。同时记录围术期间并发症发生情况。路径护理内容如下,(1)输液路径护理内容:珍惜穿刺区域,尽量确保穿刺一次成功,输液通道建立起后严密观察,减少或避免翻身导致穿刺针脱落^[2]。穿刺过程应严格无菌操作,注意细节,避免不溶微粒带进输液剂中。输液期间严密观察患者的尿量,根据尿量情况调整输液速度。(2)卧床护理路径护理内容:为有效做好围术期卧床护理工作,实行护理人员负责制,依据患者情况制定患者每日翻身、拍背、口腔护理、尿道护理及饮食搭配^[3]。

2 结 果

所有患者 1 周后随访:对照组 17 例重复输液通道建立 4 例,占 23%,静脉炎 3 例,占 17%;观察组 29 例重复输液通道建立 1 例,占 3%,静脉炎 1 例,占 3%。卧床护理期间患者情况,对照组 17 例,肺部感染 2 例,占 11%,尿路感染 2 例,占 11%,腹胀 3 例,占 18%,误吸 1 例,占 6%;观察组 29 例,肺部感染 2 例,占 6%,尿路感染 3 例,占 10%,腹胀 1 例,占 3%,无 1 例误吸。

二级医院危重患者耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染原因分析及护理管理

万小琴(重庆市永川区中医院护理部 402160)

【摘要】 目的 探讨二甲医院重症监护病房感染耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)的相关因素和预防护理措施。**方法** 对 2010 年 1 月至 2012 年 1 月重庆市永川区中医院 35 例感染 MRSA 的重症患者进行调查分析。**结果** MRSA 感染主要多发于患有基础疾病、免疫功能低下者,与抗菌药物的使用、医院环境条件限制等有关。**结论** 控制 MRSA 感染应限制并合理使用抗菌药物,从认真洗手、隔离患者、有效消毒的环节实施护理干预,阻断传播途径。

【关键词】 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌; 医院感染; 原因分析; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.084 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)18-2388-02

近年来,重症监护病房(ICU)分离出的革兰阴性菌和革兰阳性菌对抗菌药物的耐药性呈增加趋势,多重耐药菌出现的频率增加^[1-2]。多重耐药菌的感染与 ICU 患者病死率密切相关^[3]。有文献报道 ICU 院内感染要比普通病房高出 3~4 倍^[1];据统计 ICU 医院感染发生率为 7%~35%,并可发生多重或多次感染,ICU 医院感染问题是导致患者住院时间延长、住院费用增加、抢救最终失败的重要原因之一^[4-5]。本院 ICU 2010 年 1 月至 2012 年 1 月共发生 35 例 MRSA 感染,无暴发流行,提示加强医务人员的预防意识、严格洗手和消毒隔离制度,合理应用抗菌药物,可有效控制 MRSA 流行。

1 临床资料

本院于 2010 年 1 月至 2012 年 1 月对入住本院的 35 例感染 MRSA 的重症患者进行分析,其中男 24 例,女 11 例;年龄 35~85 岁,≥60 岁患者 24 例占 69%;医院感染发生距入院时间 3~176 d,17 例发生在入院 20 d 内,占 49%。接受大于或等于 3 种侵入性操作者 14 例,占 40%;≥3 种基础疾病者 14 例,占 40%;16 例接受手术治疗,占 46%,6 例为急诊手术,占 17%;使用激素等免疫抑制剂者 21 例,占 60%;28 例在发生医院感染前使用过抗菌药物,占 80%。12 例患者合并其他细菌感染,混合感染中多数为革兰阴性杆菌和真菌感染。

2 危重症患者 MRSA 感染发生的原因分析

2.1 危重症患者医院 MRSA 感染与药物使用有关 80%患者在发生医院感染前使用过抗菌药物,使用激素等免疫抑制剂

3 讨 论

腰椎管狭窄症发病比例高。以上资料显示,采用路径护理的观察组,其输液期间输液通道重复建立、发生静脉炎者均低于对照组,且卧床护理期间腰椎管狭窄症路径护理的观察组患者并发症发生低于对照组。

综上所述,路径护理能显著提高腰椎管狭窄症围术期患者的护理质量,使卧床护理期并发症发生较少。

参考文献

- [1] 张胜华,董开旺. 腰椎管狭窄症手术治疗 57 例疗效观察[J]. 医药论坛杂志,2011,32(18):136-137.
- [2] 王翠莲. 巧用贝朗安全留置针建立多个静脉通道[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(6A):51.
- [3] 王全胜. 不同阶段营养支持治疗[J]. 中山大学学报,2006,13(3):79.

(收稿日期:2012-02-23)

者 21 例,占 60%,ICU 医院 MRSA 感染的相关感染因素有使用广谱、高效抗菌药物,合并严重的基础疾病(如重型颅脑损伤、糖尿病、心脏疾病、复合外伤等),有大于或等于 3 种基础疾病的患者 14 例占 40.0%;同时应用免疫抑制剂、激素、化学药物治疗,均可导致患者机体免疫力低下,是感染因素之一^[6]。

2.2 危重症患者医院 MRSA 感染与医源侵入性操作过多有关 消毒与灭菌是控制医院内感染的核心环节之一,对于医护人员而言,无菌操作是控制医院内感染的重要保障。近几年来因感染问题受到重视,医护人员感染知识进一步强化,但节假日期间是护理缺陷的重点时段,年轻的值班人员思想放松、警惕性降低,部分责任心不强的护士缺乏自律性,有章不循,工作依赖学生及护工,对患者病情观察不细,对其存在的不安全因素未采取预见性防范措施。ICU 护士工作量大,尤其是在抢救等危急情况下,因只顾抢救患者,往往更加忽略无菌操作要求,造成院内感染。医生护士查房时不能保证规范化的一患一洗消手,极易引起交叉感染^[7]。危重症患者医院获得性 MRSA 感染的发生部位依次为呼吸道、泌尿道、消化道,因此危重症患者住院患者要特别注重此 3 个系统的护理。

3 重症监护室 MRSA 感染干预措施

3.1 严格消毒隔离 应做好标准防护,在实施护理操作中,有可能接触多重耐药菌感染患者或者定植患者的伤口、溃烂面、黏膜、血液和体液、引流液、分泌物、痰液、粪便时,必须使用手套,必要时使用隔离衣。用乙醇消毒液洗手是最重要、最有效