

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 危重患者 MRSA 感染发生的原因分析

2.1 危重患者医院 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

的感染控制措施,使用手套和隔离衣也可减少耐药株水平传播。完成对多重耐药菌感染患者或者定植患者的护理操作后,将以上防护用品脱于病房医疗废物窗口内,不得带出病房。脱手套后严格按“七步洗手法”彻底洗手或用快速手消毒剂擦拭双手,若隔离患者有 MRSA 感染,接触该患者的医务人员在下班前应常规使用安尔碘消毒鼻腔。

3.2 加强基础护理管理,使各项护理落到实处 口腔护理每天至少 2 次,气管插管超过 12 h 以上者,口腔护理最好每隔 8 小时 1 次。加强人工气道护理,保持呼吸道通畅,按病情定时为患者翻身、拍背、湿化、吸痰,使痰液及时充分排出;气管切开患者做到适时吸痰,严格无菌操作,在吸痰前后认真洗手,使用一次性吸痰管,吸痰动作轻柔,选择合适的吸引压力和吸痰管,避免损伤气道黏膜。提高护士对于抬高床头的依从性,避免镇静时间过长和程度过深,避免误吸,尽早撤机,以减少呼吸机相关性肺炎的发生。尿路感染患者为防止损伤尿道黏膜,保持集尿管路的密闭性,不主张使用含氯消毒剂或抗菌药物的生理盐水进行膀胱冲洗或灌注。早晚会阴护理,随时保持会阴部、尿道口清洁,定期做尿培养、更换尿管,根据培养结果应用相应药物,条件允许情况下尽量缩短留置导尿时间。

3.2.1 卧位的护理管理 ICU 许多患者因不能正常进食而留置胃管,留置胃管的护理不当将导致胃液的反流、误吸;患者口咽分泌物是进入下呼吸道的重要感染源,因此护士应掌握预防对策,重点是患者的卧位,对 MRSA 患者病情允许时头部可抬高 30°,尤其是鼻饲时,头部应抬高 30°~45°,并至少保持 1 h。如有意识障碍者(病情许可时),保持呼吸道通畅,头偏向一侧,有吞咽障碍者,要及时留置胃管,均衡饮食,每日喂 4~6 次流汁饮食,每次不超过 200 mL,病情许可时,喂食后头部抬高 45°,以防食物反流呛入肺部发生吸入性肺炎。患者也可在胃镜引导下将胃管置入空肠,降低胃容量,减少胃内容物的反流,降低肺部感染机会。

3.2.2 床旁隔离 本科对于所有患者体温计、血压计、听诊器采用每人专用,每天消毒液擦拭,用后在本病房行消毒处理后再带出。在患者确诊为耐药菌感染前就已经严密了防护措施,防止交叉感染加强物品表面的消毒,为每例患者配备一套专用,查体用具(听诊器、手电筒、血压计袖带),便盆及尿壶应专人专用。在患者床头放置手消毒液,便于医护人员、工勤人员、护工、家属陪护者手消毒,避免交叉感染。患者用物、医疗器材污染或可疑污染时均要进行消毒、清洁、再灭菌后方可使用。机械通气时应应对管路中常规应用气道湿化装置,人工鼻及延长管应每日更换,加热湿化器加水须使用无菌水,每日更换。呼吸机的管路系统(螺旋管、附件)消毒不彻底易引起外源性感染,本科在呼吸机管道上标明开始时间,每 2 天更换 1 次。管路中的冷凝水易引起细菌的寄植,应定时清除呼吸机管道内积水,勿倒流回湿化器中,也不能灌入患者气道,否则,将导致大量细菌误吸。因此,应将收集瓶置于管路的最低位置,并定时清除收集瓶中的冷凝水。

3.2.3 医疗废物的管理 在患者病室放置专门的分类垃圾桶统一收集,用双层黄色垃圾袋收集后直接送医疗废物暂存间,不进入本科处置室。污染的一次性医疗废物加入高效消毒剂,用双层污物袋密封,并贴上“特殊感染”标记送医疗垃圾暂存点后焚烧处理。

3.2.4 终末消毒 患者出院后,被褥用床单位臭氧消毒机消毒(或紫外线双面照射消毒),之后再行常规终末消毒处理,更换被服用双层黄色垃圾袋包装后送洗衣房先消毒再清洗。严格对病房进行终末消毒处理,并及时通知感染科做常规监测,待监测结果合格后方可入住新患者。

4 重症监护室科内管理

4.1 加强医务人员自身管理 医院感染 MRSA 流行传播的一个重要环节是医护人员的带菌传播,其中鼻腔和手是重要的带菌部位,医护人员加强手卫生和隔离等预防措施可有效切断 MRSA 的传播,降低 MRSA 感染率。连续 3 个标本(每次间隔大于 24 h)均未培养出 MRSA,方可解除隔离。医务人员每年应定期接受医院感染控制相关知识的培训。

4.2 环境管理 空气开窗通风、机械通风是降低空气微生物密度的最好方法。不建议紫外线照射或消毒剂喷洒消毒空气。墙面和门窗应保持无尘和清洁,清水擦洗有血迹或体液污染时,应立即用 1 000 mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。所有地面每天可用清水或清洁剂湿式拖擦。必要时采用消毒剂消毒地面,每日至少一次。禁止在室内摆放干花、鲜花或盆栽植物。宜在室内及走廊铺设地毯,不宜在 ICU 入口处放置脚踏垫并喷洒消毒剂,不宜在门把手上缠绕布类,并喷洒消毒剂。

基层 ICU 的工作要求及环境条件限制,对护理人员的生理、心理素质、工作能力以及专业水平等各方面均有较高的要求,必要时多予以心理护理。为了有效地控制 MRSA 感染,杜绝安全隐患,提高医疗质量,护士在工作中应严格遵守无菌操作规程,尽可能减少有创诊疗措施,合理使用抗菌药物。熟练掌握各种医疗仪器的操作和使用注意事项。在实际工作中,深入强化职业道德教育、创造良好的就医环境,为老年危重患者提供积极、有效的高质量护理服务。

参考文献

- [1] 谭玲玲,雷莉萍,雷欢梅.加强重症监护病房管理对控制医院感染的影响分析[J].中外健康文摘·新医学学刊,2008,5(5):813-814.
- [2] 高明,栾林,毛坚丽.重症监护病房感染多重耐药鲍氏不动杆菌 3 例[J].中华医院感染学杂志,2006,16(2):145.
- [3] 杨敬芳,时东彦,李继红,等.重症监护病房中呼吸机相关性肺炎的病原学研究[J].中国抗感染化疗杂志,2004,4(4):242-245.
- [4] 付敏,洪艳华.重症监护病房医院感染与控制感染措施[J].中华医院感染学杂志,2006,16(8):914-915.
- [5] 李泽克.ICU 医院获得性大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌下呼吸道感染及耐药分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2008,2(11):44-45.
- [6] 罗丽珠,朱秀霞.ICU MRSA 相关危险因素调查分析及预防隔离措施[J].临床肺科杂志,2011,16(1):156-157.
- [7] 廖微.重症监护病房耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的原因分析及护理措施[J].护理实践与研究,2009,6(3):11-13.

(收稿日期:2012-05-13)