

肤、口腔卫生,勤剪指甲、勤换内衣裤,做好晨晚间护理,长期卧床患者预防褥疮发生,治疗时严格无菌操作规程。

1.2.6 出院指导 肺结核合并糖尿病系慢性传染病,院外治疗时间长,通过基本的糖尿病知识和结核病防治知识健康教育,使患者认识到糖尿病并发结核病的可治性和坚持长期治疗的重要性^[7]。因此出院指导是重要的环节,要指导患者出院后保证充足的休息,适当的运动,按时服药,定期门诊复查,教会患者及家属注射胰岛素、监测血糖,根据测试结果合理安排饮食;教会患者家庭消毒隔离知识及自我防护知识,给患者填写出院指导卡、随访卡,留下患者的电话号码,与患者保持联系,督导患者在院外完成化疗全过程。本组有1例因经济困难中断胰岛素治疗,加之合并感染而发生酮症酸中毒后送入医院,经及时抢救治疗护理好转出院。本组有2例患者入院时皮肤溃烂,经换药治疗溃烂处结痂,1例发生口腔白色念珠菌感染,经口服氟康唑及口腔护理后治愈。

2 结 果

通过对30例肺结核合并糖尿病患者全方位的护理,肺结核病灶缩小或闭合,胸腔积液明显减少,血糖控制良好,出院随访调查显示患者病情平稳,家属及患者对疾病相关知识的了解和生活质量明显提高。本组有5例发生药物性肝炎,经停用抗结核药、护肝治疗,肝功能正常后,重新制订了方案,5例全部好转出院,继续院外治疗。

3 讨 论

肺结核患者在抗结核治疗过程中,如果经过正规合理治疗,肺部病灶吸收不满意,痰菌持续阳性,一定要及时检查血糖、尿糖,排除合并糖尿病的存在^[8]。糖尿病可以使肺结核的好转率降低,其原因可能因糖尿病患者长期高血糖造成的酸性

环境有利于结核菌生长,而结核病又使糖尿病的症状加重,糖、蛋白质、脂肪代谢紊乱造成机体营养不良、免疫功能减退。总之,肺结核及糖尿病均属慢性病,治疗时间长,疗效缓慢,但根据患者病情的轻重及个体差异做好临床护理和患者及家属的健康教育,通过积极有效的护理,让患者对疾病有正确的认识,可以提高其对治疗的依从性,掌握自我护理能力,提高治愈率及生活质量。

参考文献

- [1] 张文惠. 糖尿病合并肺结核患者的护理[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(16): 1248-1249.
- [2] 冷辉芸, 王静, 王巧云, 等. 糖尿病合并肺结核患者的护理体会[J]. 中国当代医药, 2011, 18(24): 136-137.
- [3] 徐红瑜. 复治肺结核合并糖尿病 28 例的心理护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(8): 187.
- [4] 宋玉娟, 陈小红, 杨继芳, 等. 肺结核合并糖尿病 32 例临床特点与护理[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(6): 69-70.
- [5] 李士娥, 李蕾, 李娟. 肺结核合并糖尿病患者的临床特点及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2003, 9(7): 501-502.
- [6] 李娣. 糖尿病的护理方法及体会[J]. 吉林医学, 2011, 32(2): 353-354.
- [7] 杜玉芸. 肺结核合并糖尿病 42 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(5): 70-72.
- [8] 韩诗卉. 肺结核 82 例临床护理[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(9): 1364.

(收稿日期: 2013-01-27 修回日期: 2013-02-12)

基层医院输血风险的预防与控制

杨善业¹, 黄枝艳² (1. 广西壮族自治区钦州市妇幼保健院 535099; 2. 广西壮族自治区钦州市中心血站 535099)

【关键词】 异体输血; 输血风险; 自体输血; 基层医院

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 13. 082 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)13-1766-02

异体输血有传播疾病、引起不良输血反应和人为差错可能对患者造成危害的风险。基层医院应该通过建立输血质量管理体系, 规范输血行为; 加强技术培训, 改善输血技术, 提高输血风险及其防范意识; 操作制度化、规范化, 改善工作人员的工作态度 and 责任心, 杜绝输血差错事故等来规避输血风险。

1 基层医院常见输血风险

1.1 临床用血不科学、不合理。

1.1.1 滥用血液^[1]。部分临床医生没掌握输血适应证, 没有本着“能不输不要输, 能少输不要多输”的用血原则, 给部分无输血指征的患者输血。用血液作营养品或其他药物替代品, 没有把血液留给最需要的患者, 浪费血液资源, 增加了患者的输血次数及数量, 给不必输血的患者带来、增加输血风险。

1.1.2 输血观念陈旧。部分医生仍喜欢用新鲜全血, 没有根据患者病情需要, 用好成分血。病毒在血液中的分布是不均匀的, 如白细胞、血浆病毒分布较多, 危险性较大。红细胞、血小板等病毒分布较少, 风险相对小。资料显示, 越新鲜血液病原体的传播概率越大, 输注成分血比全血输血病原体传播及免疫反应少得多^[2]。实践证明库存血比新鲜血安全, 成分血比全血更安全^[3]。

1.1.3 缺乏输血相关知识。临床医生缺乏对输血风险防范与处置等的认知; 不了解患者疾病状况, 尤其是心、肝、肾等功能状况对输血安全性的影响; 不了解患者过往病史, 如妊娠史、输血史及过敏史等, 可能诱发输血不良反应^[4], 危及患者生命安全, 增加输血风险。

1.2 储血质量引发的风险^[5]

1.2.1 基层医院输血科或血库受环境、设施等条件限制,储血条件未达要求, 如没有高质量的控温稳定的专用贮血冰箱, 没有冷链监控系统, 储血质量未能得到有效保障。

1.2.2 血液入库前未认真核对验收,对血袋外观及血液没有认真观察, 导致血液性状改变没能及时发现, 把“问题血”当“合格血”输给患者, 引发后果。

1.2.3 贮血室及贮血冰箱未按时消毒,贮血冰箱内物表及空气细菌超标, 造成血液污染。

1.3 人为差错引发的风险

1.3.1 输血科工作人员做“输血前相容性检测”项目时未严格按操作规程执行,责任心不强, 工作不细致, 未做质控。试剂灵敏度及特异性未达要求, 检测方法落后等都都可能引发错误结果。

1.3.2 护士工作中未遵守相关制度,未实行“一人一管一签”,抽错标本或贴错标签在所难免,事后又没能认真核对,致标本张冠李戴,未及时发现,结果导致“输血的未配血,配血的未输血”等怪现象发生。

1.3.3 取回的血液没及时输注,自行贮血或室温放置时间过长;血液震动过大,造成溶血;加入其他药物输注等。

1.3.4 多人同时输血时没有遵守“一人核对,一人执行”相关制度,无对输血记录单和输血申请单认真核对相关信息。

1.3.5 输血时未遵照先慢后快原则,输注速度过快,未观察患者反应,出现异常情况不及时处理等。

1.4 输血手续不完善,没签置“临床输血治疗知情同意书”;及规范填写“输血申请单”;无提血单发血;发血无记录;血液输注无核对,缺少记录或记录不全等。输血资料无法溯源^[6],对基层医院及输血工作人员而言,是非常大的输血风险。

2 基层医院输血风险的预防与控制

2.1 建立严密的输血质量管理体系,并纳入医院质量管理体系中。规范整个输血行为,严格控制每一个环节及过程,让每一步有法可依,有章可循^[7],每一步需审核,记录,可溯源。医院职能部门对临床输血需经常检查监督^[8]。医务部进行临床用血合理性检查,护理部检查输血过程的规范性,感控科检查贮血室及冰箱的消毒隔离情况 & 医疗废物处置。做到奖惩结合,提高工作人员的责任心,让他们在自己的岗位上尽职尽责,避免抽错、送错标本;检错、发错血液;领错、输错血液。

2.2 加强输血知识培训,改变输血观念,提高输血风险及防范意识,规避输血风险^[9]。掌握输血适应证,根据患者病情及心、肝、肾的功能状况,合理输注成分血,尽可能减少血液的输注次数及数量。鼓励自体输血,避免血液滥用和浪费。

2.3 加强库存血液管理,改善输血技术^[10],确保临床输血安全、有效。利用物理或化学方法灭活血液中的病原体,同时使用一次性带白细胞过滤输血器输血。遵循“先慢后快”的输血原则,合理控制输血速度,严密观察,把输血风险降到最低。

2.4 使用血液替代品,输注洗涤成分血及提前给药也是预防与控制输血风险的有效办法^[11]。

2.5 依法办事,做好各项记录,完成输血手续^[12],是基层医院及工作人员规避输血风险的有效措施。

血液由血站统一筛选,统一采集,统一检测。虽然因目前技术条件限制,处于“窗口期”,一些已知或未知病原体均未能

实施检测,但已达卫生部《临床输血技术规范》,符合“安全血液”要求。有资料显示:输血风险 95% 以上出于基层医院,其中输血行为各环节占 85%,患者自身占 10%^[13]。基层医院因管理不到位,加上环境、技术和设备等因素导致输血风险和医疗纠纷的发生。因此,加强管理,严格按照《临床输血技术规范》和《医疗机构临床用血管理办法》要求,规范临床输血行为,杜绝差错,才能减少输血风险,降低对人民群众的生命威胁,确保输血安全。

参考文献

- [1] 崔欣,万昌发. 贵州省部分医院临床用血情况调查分析[J]. 中国输血杂志,2009,22(12):1023-1024.
- [2] 安万新. 合理用血保证输血安全[J]. 中国输血杂志,2008,21(5):329-331.
- [3] 崔泽,牛建章,朱宝成. 血源传播疾病的研究进展[J]. 中国公共卫生,2003,2(2):123-125.
- [4] 郑春芬,黄湘宁,林小东,等. 医院临床用血的安全与管理[J]. 检验医学与临床,2011,8(1):118.
- [5] 弓自玉. 输血质量的控制与管理[J]. 中国医药导报,2006(31):151-152.
- [6] 陈元锋,吴晓玲,马京香,等. 建立健全原始记录在安全输血中的意义[J]. 中国输血杂志,2001,14(1):57.
- [7] 王宇军. 严格质量管理确保输血安全[J]. 江西医学检验,2002,3(3):171-172.
- [8] 林红艳. 现代临床输血质量管理的探讨[J]. 内科,2009,4(2):321-322.
- [9] 倪剑红. 临床输血质量管理与控制略析[J]. 临床和实验医学杂志,2009,8(9):145-146.
- [10] 王素珍,范文成,冯霞. 对安全输血中实施医学检验质量控制的初探[J]. 职业卫生与病伤,2002,4(4):271-272.
- [11] 何烁晴,韩君儒. 浅谈临床安全输血应采取的措施[J]. 医学信息:下旬刊,2010,23(11):4392.
- [12] 韦桂兰. 基层医院输血科(血库)管理的难点与对策[J]. 临床和实验医学杂志,2007,6(2):161.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-03-12)

限制性液体复苏的研究进展

林贤昌,徐招柱,李国贤,石佳泉,王东晓(广东省梅州市人民医院 514031)

【关键词】 限制性液体复苏; 失血性休克; 研究进展

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1767-02

创伤性失血性休克是由于创伤引起疼痛并伴有失血、失液、低血容量的一系列症候群,是导致患者死亡的重要原因。限制性液体复苏可使机体代偿机制和液体复苏的作用得到更充分的发挥,在某种程度上可改善组织氧供,从而改善预后,提高救治成功率,明显降低死亡率和并发症。本文将从限制性液体复苏概述、复苏液种类、对组织器官的影响等方面,探讨限制性液体复苏在临床中的应用进展。

1 限制性液体复苏概述

快速大量的液体复苏可造成凝血因子释放、延迟凝血块形成或使凝血块脱落,从而导致失血加速、血液过度稀释而加重

缺氧和酸中毒。近年来,国内外对此开展了一系列研究^[1],提出了限制性液体复苏(Limited Resuscitation)的治疗模式,即指机体处于有活动性出血的创伤失血性休克时,通过控制液体输注的速度使机体血压维持一个较低水平的范围内,直到彻底止血。通过限制补液量和补液速度,使机体血压维持在较低水平,能有效减少出血,降低酸中毒,并有效保证心、脑、肺、肾等重要脏器的基本血液供应,有利于改善休克期组织的灌注和氧供,减少创伤后期的并发症。

2 复苏液种类

2.1 乳酸林格液 人体在正常情况下血液中有少量乳酸,