

提高了患者满意度和医生满意度。

参考文献

[1] 尹珍爱,冯立.手术室院内感染原因分析及对策[J].护理实践与研究,2010,7(11):123-125.

[2] 李琴.浅谈手术室护理安全管理[J].河南外科学杂志,

2008,14(2):142.

[3] 孙艳华,周川.手术室安全隐患分析及防范措施[J].医学信息:中旬刊,2010,5(11):3392-3393.

(收稿日期:2012-11-22 修回日期:2013-02-16)

糖尿病患者肺部感染相关因素及护理对策

王富玉(重庆市第七人民医院 400054)

【摘要】 目的 探讨糖尿病患者合并肺部感染因素及护理对策。**方法** 选择 94 例糖尿病合并肺部感染患者作为研究对象,按 1:1 比例选择同期未合并肺部感染糖尿病患者作为对照病例,比较两组患者在肺部感染相关因素上的差异。**结果** 肺部感染组在年龄[(63.98±11.32)岁]、空腹血糖水平[(8.12±1.78)mmol/L]、预防使用抗菌药物(29.79%)、侵入性操作(12.77%)、住院时间[(18.56±5.67)d]方面均高于无肺部感染组的(58.03±10.56)岁、(6.13±1.11)mmol/L、11.70%、4.26%、(14.65±4.78)d($P<0.05$);清蛋白水平[(32.13±2.45)g/L]低于无肺部感染组的(36.76±2.76)g/L($P<0.05$)。**结论** 引发糖尿病肺部感染的因素较多,应实施针对性护理对策;加强护理评估,尽量减少侵袭性操作,严格执行无菌操作,合理使用抗菌药物,改善机体营养状况,缩短住院时间以减低肺部感染的发生。

【关键词】 糖尿病; 肺部感染; 影响因素; 护理对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.14.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)14-1897-02

随着糖尿病的发病率增高,住院人数也逐年增多。糖尿病患者是发生医院感染的高危人群,一旦发生对患者预后有不良影响,甚至导致死亡^[1]。采取有效的护理措施是降低糖尿病患者医院感染发生率的主要方法,本文回顾性分析了本院糖尿病并发肺部感染患者的临床资料,观察引起肺部感染的相关因素,探讨护理预防措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月至 2012 年 6 月本院糖尿病合并肺部感染患者 94 例作为研究对象,均符合世界卫生组织糖尿病诊断标准。男 50 例,女 44 例;年龄 51~83 岁,平均(63.98±11.32)岁;病程 3~28 年,平均(9.15±3.76)年。入院 48 h 后出现咳嗽、咳痰等呼吸道症状,发热,双肺有干湿性啰音;白细胞升高,胸部 X 线片检查均提示双肺或单侧肺部有不同程度炎性反应病灶。按 1:1 比例选择同期未合并肺部感染糖尿病患者作为对照病例,对照病例选择方法为将糖尿病患

者按住院号排列,选择发生肺部感染的下一位。

1.2 方法 比较两组糖尿病患者年龄、性别、空腹血糖水平、预防应用抗菌药物、侵入性操作(进行插管、气管切开、应用呼吸机等)、血清清蛋白水平、住院时间等差异。

1.3 统计学处理 SPSS13.0 统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

肺部感染组在年龄[(63.98±11.32)岁]、空腹血糖水平[(8.12±1.78)mmol/L]、预防使用抗菌药物(29.79%)、侵入性操作(12.77%),住院时间[(18.56±5.67)d]方面均高于无肺部感染组的(58.03±10.56)岁、(6.13±1.11)mmol/L、11.70%、4.26%、(14.65±4.78)d($P<0.05$);清蛋白水平[(32.13±2.45)g/L]低于无肺部感染组的(36.76±2.76)g/L($P<0.05$)。具体见表 1。

表 1 两组患者相关因素比较($n=94$)

组别	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	男性[$n(\%)$]	空腹血糖 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	抗菌药物[$n(\%)$]	侵入性操作 [$n(\%)$]	清蛋白水平 (g/L, $\bar{x} \pm s$)	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)
肺部感染组	63.98±11.32	50(53.19)	8.12±1.78	28(29.79)	12(12.77)	32.13±2.45	18.56±5.67
无肺部感染组	58.03±10.56	49(52.13)	6.13±1.11	11(11.70)	4(4.26)	36.76±2.76	14.65±4.78
检验值	$t=3.04$	$\chi^2=0.17$	$t=3.75$	$\chi^2=11.53$	$\chi^2=4.34$	$t=2.97$	$t=3.45$
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 糖尿病肺部感染相关因素 糖尿病是由多种原因引起的,是以慢性血糖增高为特征的代谢紊乱性疾病^[2]。由于内分泌代谢紊乱和并发症,机体防御功能显著降低,对感染的易感性明显增加,而易于发生感染^[3],属于医院感染的易感人群^[3],其发生发展与多种因素有关。本研究结果显示,糖尿病患者合

并肺部感染与下列因素关系密切:(1) 年龄大。肺部感染组年龄(63.98±11.32)岁高于无肺部感染组的(58.03±10.56)岁,多数老年人基础疾病多,机体抵抗力低下;肺功能下降,咳嗽反射差,排痰功能低,细菌容易侵入下呼吸道造成肺部感染^[4]。(2) 血糖水平。肺部感染空腹血糖水平(8.12±1.78)mmol/L 高于无肺部感染组的(6.13±1.11)mmol/L,高血糖时将降低

粒细胞的吞噬功能,促进某细菌的生长繁殖,清除功能降低,使糖尿病患者肺部易发感染^[5]。(3) 预防使用抗菌药物。定植于咽喉部、口腔的菌群失调,易致病耐药菌株大量生长繁殖,吸入气道引起肺部感染^[6]。(4) 侵入性操作。进行插管、气管切开及应用呼吸机等侵袭性操作,使得呼吸道黏膜受损,破坏机体防御机制,同时如果消毒不严或操作不规范而将体外病原菌带入体内,易引发感染^[7]。(5) 肺部感染组清蛋白水平 $(32.13 \pm 2.45) \text{g/L}$ 低于无肺部感染组的 $(36.76 \pm 2.76) \text{g/L}$,蛋白质的合成减少,影响机体正常的代谢,导致机体免疫功能降低,增加感染机会^[8]。(6) 住院时间。医院是各种病原体相对集中的地方,住院时间越长,在易感染环境中暴露时间长,形成感染及交叉感染的机会就越多^[9]。

3.2 预防糖尿病肺部感染护理对策 引发糖尿病肺部感染的因素较多,应实施针对性护理措施减低肺部感染的发生:(1) 加强护理评估。密切观察存在危险因素的患者,注意个人卫生及环境卫生,控制血糖水平^[10]。(2) 尽量减少侵入性操作,侵入性操作应严格执行无菌操作,保证与患者接触的一切器材均具有微生物学安全性,严格 6 步洗手法及无菌操作,避免交叉感染,加强侵袭性操作后的管理,如病情好转则尽快拔管。(3) 合理使用抗菌药物,严格掌握使用指征,避免预防应用广谱抗菌药物,观察抗菌药物应用的疗效及不良反应,及时向医生提出停用或换药的依据,缩短用药时间。(4) 改善机体营养状况。加强支持疗法,提高机体的营养状态,改善机体免疫功能,静脉输血浆及白蛋白等。(5) 缩短住院时间,做好病房的管理,温湿度合适,保持室内空气新鲜,病室内空气紫外线消毒 1~2 次/天,空气定期培养,病室用湿式清扫,减少空气中灰尘

菌落数。

参考文献

[1] 吴荷梅. 2 型糖尿病并发感染临床分析[J]. 中国现代医生, 2010, 48(8): 115.
[2] 刘晓松, 李润生, 唐小华, 等. 老年糖尿病患者医院感染的临床分析[J]. 中华全科医学, 2011, 9(8): 1219-1220.
[3] 刘莉. 护理干预对 2 型糖尿病合并肺部感染患者临床疗效的影响[J]. 中国实用护理杂志: 中旬版, 2010, 26(11): 20-22.
[4] 杨华. 糖尿病合并肺部感染 63 例疗效评价[J]. 海南医学院学报, 2010, 16(2): 219-221.
[5] 赵玉芬, 段凯, 张珂. 糖尿病患者医院感染 58 例临床分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(16): 1371-1372.
[6] 杨建民. 老年人糖尿病合并肺部感染临床分析[J]. 中国药物与临床, 2012, 12(7): 938-939.
[7] 关丽华. 糖尿病并发肺部感染 53 例临床观察与护理[J]. 中国当代医药, 2010, 17(16): 182-185.
[8] 刘洪英, 陈世凤. 老年肺炎的护理体会[J]. 医学检验与临床, 2010, 21(4): 29-30.
[9] 王清丽. 糖尿病合并肺炎患者 167 例的护理体会[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(13): 2046-2047.
[10] 刘梅芳. 糖尿病并发肺部感染患者的护理体会[J]. 中国老年保健医学, 2012, 10(3): 86-87.

(收稿日期: 2012-11-23 修回日期: 2013-02-22)

门诊健康教育对结核患者治疗依从性的影响

唐 琴, 冯艳萍, 冯先惠(重庆市结核病防治所 400050)

【摘要】 目的 探讨门诊护士在门诊治疗过程中实施健康教育对结核患者治疗依从性的影响。**方法** 以在门诊观察室接受静脉滴注、胸穿、换药等治疗的患者为观察组, 未在门诊观察室接受任何治疗的患者为对照组, 门诊护士对观察组的结核患者以文字、电视动漫与护士讲解及同伴教育等相结合的方式实施健康教育, 予以对照组患者传统健康教育。然后对两组患者的治疗依从性进行回顾性分析。**结果** 曾在门诊观察室进行治疗的观察组患者疗程完成率为 92.8%, 规律服药率为 92.3%; 对照组患者疗程完成率为 76.1%, 规律服药率为 74.9%。观察组治疗依从性明显高于对照组($P < 0.01$)。**结论** 门诊护士以直观、生动的健康教育形式对在门诊观察室接受治疗的结核患者实施健康教育, 可提高结核患者治疗依从性, 从而提高治愈率。

【关键词】 健康教育; 结核患者; 依从性
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 14. 070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)14-1898-02

结核病是一种以呼吸道传播为主的慢性传染病, 其治疗方案的复杂性 with 患者治疗依从性呈负相关, 而治疗效果与患者的治疗依从性呈正相关^[1]。健康教育可帮助患者了解、认识结核病及相关知识, 从而提高患者治疗依从性^[2]。为提高健康教育效果, 本文作者利用患者在门诊观察室治疗停留时间相对较长的机会, 对患者及家属实施连续而系统的健康教育, 以增强患者健康意识, 提高治疗依从性, 取得了较好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1~12 月在重庆市结核病防治所门诊部确诊为结核病, 并接受抗结核病治疗的患者 467 例, 年龄 14~83 岁, 平均年龄 36.84 岁。治疗初期患者在门诊观察室接受治疗的患者 208 例; 未在观察室接受任何治疗的患者 259 例。

1.2 方法

1.2.1 门诊护士 每天为在门诊观察室接受治疗的观察组患者播放从中国结核病资源库提取而制作的关于结核病知识及相关信息的 VCD 光盘; 每周星期二、四上午为观察组患者讲解强化结核病知识, 补充 VCD 光盘上缺失的结核病相关知识及信息; 每月 1 次对观察组患者进行“同伴教育”(组织患者座谈讨论, 相互交流, 邀请因不规律服药而导致患者成为复难治结核患者的典型病例进行“献身”教育), 予以对照组患者传统健康教育。同时, 为两组患者制作取药卡、服药卡、健康教育联系卡。取药卡保存于患者病历档案里, 由门诊医生填写患者每次取药(1 个月量)的时间; 服药卡与健康教育联系卡交于患者家属保存, 由患者家属监督其服药并填写服药时间, 治疗疗程时间到时收回患者服药卡, 存于患者病历档案内。本次结核病患