

(5)按照药物的说明,应用 rhGM-CSF 凝胶后必须在外覆盖敷料,以保证药效。为了更好地发挥药物的作用,并减轻换药时去除敷料时患儿的疼痛与不适,选用湿性敷料“优拓”覆盖在 rhGM-CSF 凝胶表面。观察发现,较应用于干性敷料效果好,家长 and 患儿均满意^[4-5]。(6)由于 rhGM-CSF 凝胶价格较高,应用该药时,家长难免会有疑虑。针对此情况,要配合医生与家长进行护患沟通,取得家长的理解,愿意配合应用该药治疗和护理。

综上所述,rhGM-CSF 凝胶用于儿童较小面积的深度烧、创伤创面具有独特的治愈效果。临床护理中,应仔细观察创面变化,及时清除感染或坏死、陈旧的肉芽组织,适量用药,外覆湿性敷料,以提高治愈率。

参考文献

[1] 赵升宇,王雪莹. 外用重组人粒细胞-巨噬细胞刺激因子

凝胶治疗顽固性创面的临床研究[J]. 中外健康文摘, 2011,8(13):264.

[2] 郭敏,崔文慧,徐祥,等. 小鼠急性皮肤缺损创面粒-巨噬细胞集落刺激因子表达特点及其作用机制[J]. 中华创伤杂志,2011,27(7):648-653.
 [3] 邱学文,王甲汉,杨磊,等. 重组人粒细胞巨噬细胞集落刺激因子治疗烧伤后残余创面[J]. 实用医学杂志,2011,27(7):1195-1197.
 [4] 张学兵,徐红芳,周蓉. 优拓用于小面积烧伤创面包扎的效果观察[J]. 儿科药学期刊,2009,15(3):37-39.
 [5] 谭薇,郑碧霞,钟娟,等. 优拓分层换药法在浅表软组织损伤创面的疗效观察[J]. 护士进修杂志,2012,27(15):1408-1409.

(收稿日期:2013-03-08 修回日期:2013-05-11)

急诊抢救室患者医院感染的临床分析及干预对策

张 艳(重庆市璧山县中医院急诊科 402760)

【摘要】 目的 探究急诊抢救室患者医院感染的影响因素及干预对策。**方法** 对璧山县中医院 2008 年 5 月至 2011 年 6 月出现急诊抢救室医院感染的 166 例患者进行回顾分析,对影响因素及干预对策进行探讨。**结果** 单因素 COX 分析结果显示年龄、院内环境、抢救器械、医护人员意识和医疗废弃物等 5 项因素差异存在统计学意义($P < 0.05$),其中医疗废弃物为保护因素($RR < 1$)。在多因素 COX 回归分析中最终确定院内环境、抢救器械、医护人员意识和医疗废弃物为影响急诊抢救室患者医院感染的独立因素,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 通过控制院内空气质量、严格消毒手术器械、进行医护人员意识培养及医疗废弃物无害化处理能够有效降低医源性感染的风险,保证患者的诊疗安全。

【关键词】 急诊; 抢救室; 院内感染; 分析; 干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.20.084 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)20-2776-02

做好急诊抢救室患者医院感染的预防及控制是提高患者急救质量的关键。为此,作者对 2008 年 5 月至 2011 年 6 月本院出现急诊抢救室医院感染的 166 例患者进行回顾分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 5 月至 2011 年 6 月,共有 166 例急诊抢救室患者出现医院感染,其中男 95 例,女 71 例,年龄 22~63 岁,平均(36.3±12.0)岁,其中细菌感染 140 例,病毒及真菌感染 26 例,无支原体、衣原体及原虫感染,对其病历资料进行统一回顾性分析。

1.2 临床分析 对出现院内感染患者的年龄、性别、职业、文化程度、院内环境、抢救器械、医护人员意识及医疗废弃物等资料进行统计并行 COX 单因素分析,将差异有统计学意义($P < 0.05$)或保护因素($RR < 1$)的项目纳入 COX 回归模型分析,确定影响急诊抢救室患者医院感染的危险因素。

1.3 统计学处理 数据采用 SPSS13.0 进行分析,对计数资料采用 χ^2 检验,对计量资料采用 t 检验,检验水准设定为 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义;在单变量分析的基础上,对存在统计学差异的影响因素纳入 Logistic 逐步回归分析。

2 结 果

单因素 COX 分析结果显示,年龄、院内环境、抢救器械、医护人员意识和医疗废弃物等 5 项因素差异有统计学意义($P < 0.05$),其中医疗废弃物为保护因素($RR < 1$)。在多因素 COX 回归分析中,最终确定院内环境、抢救器械、医护人员意

识和医疗废弃物为影响急诊抢救室患者医院感染的独立因素,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 影响急诊抢救室患者出现医院感染的多因素 COX 模型分析结果

因素	β	SE(β)	Wald χ^2	P	RR	95% CI
院内环境	0.863	0.493	7.582	0.003	1.549	0.792~6.438
抢救器械	0.081	0.375	8.944	0.009	2.013	1.819~5.173
医护人员意识	0.759	0.409	3.956	0.002	1.765	1.810~5.435
医疗废弃物	-1.145	0.411	10.037	0.006	0.523	0.204~0.798

3 讨 论

急诊抢救室患者病种复杂、病情不一、生命体征不稳定且人流量大,在抢救过程中经常用到多种无菌操作及抢救器械,侵入型操作多,而由于患者易感性高、院内潜在感染因素多,导致院内感染率居高不下^[1]。

为探究急诊抢救室患者医院感染的影响因素,探究合理的干预方式,作者对本院 166 例出现院内感染的急诊抢救室患者进行了回顾分析,发现院内环境、抢救器械、医护人员意识和医疗废弃物为影响急诊抢救室患者医院感染的独立因素,差异有统计学意义。(1)院内环境。空气是细菌传播的主要媒介之一,且医院内空气致病微生物密度远高于院外^[2]。因此,院内环境越差,则微生物密度更高,导致感染率上升。(2)抢救器械。氧气湿化瓶、呼吸机、吸引器等侵入型设备的使用是导致

院内感染的重要因素,上述设备若消毒不够彻底,容易造成细菌大量生长、繁殖,导致感染性肺炎等疾病发生,甚至威胁患者生命。(3)医护人员意识。由于急诊抢救室工作任务量大、任务重,许多医护人员在准备或手术实施过程中不认真洗手、不戴手套、不按消毒隔离制度操作,导致手部细菌感染患者,Chuang 等^[3]发现,由于医护人员洗手不彻底导致的患者感染占全部院内感染的比例高达 30%。(4)医疗废弃物。医院每天会产生大量的医疗废弃物,若与生活垃圾混合在一起排放,则会造成交叉感染^[4]。因此,作者提出如下干预对策:(1)加强院内环境控制。医院应定期进行通风,每天保持通风时间在 30 min 以上,并按及时进行紫外线消毒,每日消毒 30~60 min,并及时更换紫外线灯管,避免消毒效果下降^[5];(2)严格执行手术器械消毒,充分保障患者救护期间安全性,降低感染风险;(3)加强医护人员责任意识培训。定期进行培训、教育及考察,强化医护人员对院内感染的风险意识,贯彻院内感染管理制度,定期进行检查及抽测,并对出现的问题进行整改^[6];(4)医疗废弃物经严格无害化处理后统一排放,防范交叉感染。

综上所述,影响急诊抢救室患者医院感染的主要因素为院内环境、抢救器械、医护人员意识和医疗废弃物,通过控制院内空气质量、严格消毒手术器械、进行医护人员意识培养及医疗废弃物无害化处理能够有效降低医源性感染的风险,保证患者的诊疗安全。

参考文献

[1] Papia G, Burrows LL, Sinnadurai S, et al. Hypertonic sa-

line resuscitation from hemorrhagic shock does not impair the neutrophil response to intraabdominal infection[J]. Surgery, 2008, 144(5): 814-821.

[2] Biketov S, Potapov V, Ganina E, et al. The role of resuscitation promoting factors in pathogenesis and reactivation of Mycobacterium tuberculosis during intra-peritoneal infection in mice[J]. BMC Infect Dis, 2007, 7(2): 146.

[3] Chuang HL, Leung WS, Chung YT, et al. Impact of enhanced infection control procedures on clinical outcome following resuscitation attempts[J]. J Hosp Infect, 2007, 67(3): 258-263.

[4] Carcillo JA. Choice of fluids for resuscitation in children with severe infection and shock [J]. BMJ, 2010, 341: c4546.

[5] Kusachi S, Sumiyama Y, Arima Y, et al. Success of countermeasures against respiratory infection after digestive surgery by strict blood and fluid resuscitation[J]. J Infect Chemother, 2007, 13(3): 172-176.

[6] Akech S, Ledermann H, Maitland K. Choice of fluids for resuscitation in children with severe infection and shock; systematic review[J]. BMJ, 2010, 341: c4416.

(收稿日期:2013-03-07 修回日期:2013-06-10)

非超声引导下改良塞丁格技术在肿瘤患者中心静脉导管置管中的效果观察

朱竹华, 顾菊凤, 曹岳蓉, 范晓华, 姚洪芳, 刘琼洁 (东南大学医学院附属江阴市人民医院 肿瘤四科, 江苏江阴 214400)

【摘要】目的 探讨非超声引导下改良塞丁格技术在肿瘤患者中心静脉导管(PICC)置管中的应用效果。**方法** 120 例自愿选择 PICC 置管的住院肿瘤患者, 将 120 例患者按随机数字表法均分为改良组和常规组。常规组采用传统的 PICC 置管方法, 改良组采用改良塞丁格技术(9 号头皮针头替代塞丁格套件中的 18G 套管针)进行穿刺置管, 记录一次置管成功率、穿刺点渗血、静脉炎发生率和 VAS 评分, 观察置管前后 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分变化。**结果** 改良组一次置管成功率明显高于常规组($P < 0.05$), 穿刺点渗血和静脉炎发生率显著低于常规组($P < 0.05$), VAS 评分明显低于常规组($P < 0.05$)。置管前, 两组患者的 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 置管后, 改良组评分比常规组明显降低($P < 0.05$)。**结论** 非超声引导下改良塞丁格技术应用于肿瘤患者 PICC 置管可有效提高一次置管成功率, 减少穿刺点渗血和静脉炎发生, 减轻患者疼痛, 改善心理健康。

【关键词】 非超声引导; 改良塞丁格技术; 中心静脉导管

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 20. 085 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)20-2777-02

目前, 临床常规采用 18G 套管针血管穿刺行外周静脉置入中心静脉导管(PICC), 患者存在一定的紧张、焦虑、抑郁、恐惧等不良心理^[1-2]。有研究表明, 在超声引导下行 PICC 效果好、并发症少, 但需要超声设备, 增加护理工作量和患者负担等, 一定程度上应用受到限制^[3]。作者采用非超声引导下改良塞丁格技术(9 号头皮针替代塞丁格套件中的 18G 套管针)行 PICC, 取得很好的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 1 月 120 例住院

化疗的肿瘤患者, 均自愿选择 PICC, 其中男 73 例, 女 47 例, 年龄 29~76(51.32±19.68)岁, 采用随机数字表法, 将 120 例患者随机均分为改良组和常规组。疾病类型: 胃癌 45 例, 肝癌 11 例, 直肠癌 39 例, 结肠癌 12 例, 肺癌 13 例。文化程度: 小学 9 例, 中学 28 例, 高中 41 例, 中专 24 例, 大专及以上 18 例。经肉眼观察, 外周静脉条件好 46 例, 一般 37 例, 差 37 例。患者认知功能正常, 无心理、精神障碍, 两组患者的性别、年龄、疾病类型、文化程度、血管条件等比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 临床资料具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准