

86 例多重耐药菌感染患者分析及护理*

颜红芳,陈丽君,庄莉(四川省攀枝花市攀钢集团总医院 617000)

【摘要】 目的 通过对攀枝花市攀钢集团总医院密地院区一年内 86 例多重耐药菌患者感染情况调查分析,提出有效的防控措施以及护理对策。**方法** 对 2012 年 5 月至 2013 年 5 月攀枝花市攀钢集团总医院密地院区患者中出现多重耐药菌感染的 86 例病例进行全程追踪调查,搜集分析 1 年来多重耐药菌感染患者的一般资料、病原菌分布、感染发生部位、科室来源等信息,并随机抽取该院 26 名医护人员对其掌握多重耐药菌患者隔离措施情况进行调查。**结果** 86 例多重耐药菌感染患者平均住院时间为 9 d,抗生素平均使用时间为 7 d,抗菌药物使用率为 84.5%,治疗性用药 69.3%,预防性用药 15.1%;病原菌分布主要为大肠埃希菌 56 株(65.1%)、铜绿假单胞菌 11 株(12.8%);感染部位主要为呼吸道和泌尿道,其中泌尿道感染的患者 62 例(72.1%),呼吸道感染的患者 19 例(22.1%);多重耐药菌感染患者多源于该院内科系统,占 52.3%;26 名医护人员掌握多重耐药菌患者隔离措施情况较好。**结论** 加强多重耐药菌医院感染监测和管理,从感染学、临床药学等多学科的角度,可有效预防多重耐药菌的传播。

【关键词】 多重耐药菌; 预防控制; 感染
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)05-0697-02

多重耐药菌(MRB)感染现已遍布全球,加上近年来抗菌药物的广泛应用,细菌耐药性问题越来越严重,患者多重耐药菌感染已成为医院感染的重要病原菌,也是医院感染控制工作的重点^[1]。有效预防和控制多重耐药菌的传播,保障患者和医务人员的安全,降低医院感染率将成为院感防治工作的重点。现对本院多重耐药菌感染患者的调查结果和临床护理对策报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2012 年 5 月至 2013 年 5 月本院收治的多重耐药菌感染 86 例患者以及本院 26 名医护人员作为调查研究对象。

1.2 方法 院感部人员通过查阅病历及相关临床资料,并对涉及临床科室的 86 例病例进行全程追踪调查,搜集 1 年来多重耐药菌感染患者的一般资料、病原菌的种类、感染发生部位、科室来源等信息。随机抽取本院 26 名医护人员对其掌握多重耐药菌患者隔离措施情况进行调查。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件对收集的资料进行描述性统计分析。

2 结果

2.1 感染患者基本情况 在本次调查的 86 例多重耐药菌感染患者中,男 68 例,女 18 例;年龄 3~82 岁,平均年龄 64 岁;86 例患者平均住院时间为 9 d,抗生素的平均使用时间为 7 d,抗菌药物使用率为 84.5%,治疗性用药 69.3%,预防性用药 15.1%。

2.2 多重耐药菌感染患者病原菌的分布 大肠埃希菌 56 株(65.1%),铜绿假单胞菌 11 株(12.8%),耐甲氧西林金葡菌 5 株(5.8%),表皮葡萄球菌 5 株(5.8%),屎肠球菌 4 株(4.7%),肺炎克雷伯菌 3 株(3.5%),亚利桑那沙门氏菌 1 株(1.2%),蜂房哈夫尼亚菌 1 株(1.2%),见表 1。

2.3 多重耐药菌感染患者感染发生部位 感染部位主要为呼吸道和泌尿道。其中泌尿道感染患者 62 例(72.1%);呼吸道感染患者 19 例(22.1%);血液系统感染 5 例(5.8%)。

2.4 多重耐药菌感染患者科室来源 86 例多重耐药菌感染患者来源于本院的 9 个临床科室,多来源于内科系统,内科系

统发现的多重耐药菌患者达 45 例,占 52.3%,外科系统发现多重耐药菌感染患者 41 例,占 47.7%。

表 1 多重耐药菌病原菌分布与构成比[n(%)]

病原菌	构成比	病原菌	构成比
大肠埃希氏菌	56(65.1)	屎肠球菌	4(4.7)
铜绿假单胞菌	11(12.8)	肺炎克雷伯菌	3(3.5)
耐甲氧西林金黄色葡萄球菌	5(5.8)	亚利桑那沙门氏菌	1(1.2)
表皮葡萄球菌	5(5.8)	蜂房哈夫尼亚菌	1(1.2)

2.5 医护人员掌握多重耐药菌患者隔离措施情况 26 名护理人员中,掌握耐药菌隔离措施情况好的有 9 名(34.6%),一般的有 12 名(46.2%),差的有 5 名(19.2%)。

3 讨论

本院院感部加强多重耐药菌医院感染预防控制工作面临严峻挑战。因此,如何采取积极的干预措施,有效预防控制多重耐药菌在院内的传播,保障患者和医务人员的安全已成为医院感染控制工作的一项重要内容^[2]。

加强对多重耐药菌感染患者的监测。各临床科室对感染或怀疑感染的病例均进行相应的标本送检,检验科根据送检结果,一旦发现是多重耐药菌感染,立即通知所在科室,同时报告医院感染管理部门,院感部经过核实后对临床相关科室下发多重耐药菌感染通知书,从而保证监测管理的时效性,提高临床科室的警觉性^[3]。及早预防交叉感染,为做好相应的消毒隔离工作做好充足的准备。对一些存在高风险因素的重点科室和重点部门,如泌尿外科、呼吸内科、内分泌肾内科等,院感部应加大监测、监督力度,严防严控多重耐药菌的感染。对一些重点菌种,如大肠埃希菌、铜绿假单胞菌等也要加大监测力度^[4]。同时临床科室根据监测结果,及时采取消毒隔离防范措施,院感部及时做好核对、督导、跟踪工作。对多重耐药菌感染患者和细菌定植患者严格实施消毒隔离措施^[5]。患者隔离首选单间隔离,也可以将同类多重耐药菌者安置在同一房间,减少、限

* 基金项目:四川省卫生厅一般规划课题(SW-2009BNO.10129)。

制人员出入。隔离病房不足时才考虑进行床边隔离,不能与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能低下患者安置在同一房间^[6]。需要隔离的患者,在患者一览表下方涂蓝色标记,挂接触隔离专用床头卡,病例夹上贴红三角标志,以提醒医务人员。如患者需离开隔离室进行诊断、治疗,都应先电话通知相关科室,以便其他科室做好准备,防止感染的扩散。在患者转科时,须向接收科室说明该患者为多重耐药菌感染患者,交代预防接触传播的预防措施。在患者临床症状好转或治愈、培养阴性,方可解除隔离,解除隔离时应对房间和床单元进行彻底终末消毒^[7]。

医务人员诊疗过程中应严格执行无菌技术操作规程、标准预防和手卫生规范。当实施床旁隔离时,应先诊疗护理其他患者,多重耐药菌感染者应安排在最后。在接触患者伤口、溃烂面、黏膜、血液、体液、引流液、分泌物、排泄物等时,应戴手套;离开隔离病室前、接触污染物品后摘除手套,应洗手和(或)手消毒。手上有伤口时应戴双层手套。预计可能发生喷溅操作时,需要加穿隔离衣和防护镜^[8]。离开患者床旁或房间时,须脱下防护用品并洗手或用快速手消毒剂消毒双手。进行诊疗护理活动时,所有人员包括陪护,均应严格防止分泌物污染。

常用诊疗仪器(如血压计、听诊器、体温表、输液架)等应专用,其他不能专人专用的物品,在每次使用后应当用 500 mg/L 有效氯溶液消毒。对患者经常接触的物体表面、设备设施表面,应当每天进行清洁和 500 mg/L 有效氯溶液擦拭消毒。

每日病房定时通风,保持空气清新,湿式清扫地面,遇污染时随时消毒,病房或床旁隔离洁具专用,使用后用 1 000 mg/L 有效氯溶液浸泡消毒处理。医疗废物处置时使用双层医疗废物袋,防渗漏密闭容器运送,利器放入利器盒^[9]。

结合本次 86 例多重耐药菌感染患者的调查研究,院感部加大管控力度后,本院多重耐药菌感染患者趋势有所下降,但内科患者仍然是感染的重要源头,这说明内科是目前医院存在多重耐药菌感染高危因素的重点科室,院感部需继续加大对它的监督力度,严防严控多重耐药菌的感染,从临床治疗、专业护理、微生物检验、感染管理等多学科、多部门的角度,制订了适

合本院的多重耐药菌预防控制制度和相关消毒隔离措施,采取每天跟踪病例的方式对临床科室进行督导,从而保障多重耐药菌感染患者及时得到有效的治疗和护理,防止感染的进一步扩大,防止多重耐药菌感染爆发^[4]。

参考文献

[1] 曾庆洋,倪永圣,黄燕新,等. 医院多重耐药菌监测的调查研究[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(21):2497-2499.

[2] 李峰郁,吕玉丽. 多重耐药菌患者的相关因素分析及临床管理[J]. 河南外科学杂志,2011,5(5):123-124.

[3] 邹燕敏. ICU 多重耐药菌感染患者的护理[J]. 基层医学论坛,2013,11(12):1535-1536.

[4] 蒋述科,李春风,罗彪峰,等. 多重耐药菌的监管与医院感染暴发的相关性分析[J]. 华夏医学,2011,4(4):448-452.

[5] 何铁牛,魏继红,毕金星,等. 宣城市人民医院 ICU 多重耐药菌感染现状调查分析[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,5(21):6487-6490.

[6] 黄湘宁,郑俊,刘华,等. 重症监护病房多重耐药菌主动筛查及定植与感染状况调查分析[J]. 现代预防医学,2012,39(13):3357-3359.

[7] 刘华,林迪. 新生儿重症监护病房病原菌分布、耐药性及多重耐药菌感染/定植状况调查[J]. 现代预防医学,2012,39(14):3517-3519.

[8] Nseir G,Grailles AL. Accuracy of American thoracic society/infectious diseases society of America criteria in predicting infection or colonization with multidrug-resistant bacteria at intensive-care unit admission[J]. Clin Microbiol Infect,2010,16(7):902-908.

[9] 李静,邵珍珍,宫艳飞. ICU 多重耐药菌感染或定植患者的原因分析及护理[J]. 中国医药指南,2013,10(2):630-631.

(收稿日期:2013-08-08 修回日期:2013-10-01)

舒适护理模式在前牙烤瓷冠修复中的应用^{*}

刘继玲,辛志强(河北省唐山市协和医院口腔科 063000)

【摘要】 目的 研究舒适护理模式在前牙烤瓷冠修复中的临床应用。**方法** 选择 2012 年 1 月至 2012 年 12 月唐山市协和医院 240 例 264 颗前牙牙体缺损行烤瓷冠修复患者,按就诊先后顺序分为试验组和对照组各 120 例,对照组实行常规四手操作模式,试验组在四手操作基础上采用舒适护理模式,从护理质量、修复效果比较两组患者的满意度。**结果** 试验组护士满意度为 95.83%,对照组为 88.33%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。从修复体颜色、形态、牙龈健康方面比较,试验组优于对照组($P<0.05$)。**结论** 舒适护理模式在前牙烤瓷冠修复中的应用,可提高患者对护理质量和修复效果的满意度。

【关键词】 舒适护理; 前牙牙体缺损; 烤瓷冠修复

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)05-0698-03

Kolcaba 在 1995 年提出舒适护理理论,认为舒适护理应作为整体化护理艺术的过程和追求的结果,使基础护理与护理研究更加注重舒适感觉和患者满意度^[1]。舒适护理模式与整体护理模式的一致性在于其目的都是使患者达到最佳的身、心、

社会、灵性的健康状态。舒适护理顺应了医学模式的转变,护理过程以患者为中心,以患者舒适需求为重点,为患者提供优质、高效的护理服务,使其在生理和心理上得到安全感和满足感。本院口腔科将舒适护理模式应用于前牙烤瓷冠修复患者

^{*} 基金项目:河北省唐山市科技局 2010 科技计划指导项目(10130255a);河北省唐山市科技支撑计划(12130287b)。