

体会[J]. 中外医疗, 2008, 27(12): 68.

[2] Falzon D, Jaramillo E, Schünemann HJ, et al. WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis; 2011 update[J]. Eur Respir J, 2011, 38(3): 516-528.

[3] 陈亚丹, 绳宇. 艾滋病患者抗病毒药物治疗依从性的干预现状[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(4): 375-377.

[4] 章笑萍. 结核性脑膜炎的护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(10): 1480.

[5] 谭燕. 成人结核性脑膜炎病人的饮食护理体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2005, 26(1): 101.

[6] 张艳丽, 王玉琴. 健康教育对肺结核病人的影响[J]. 生物磁学, 2005, 5(2): 87.

[7] Cousins DH, Sabatier B, Begue D, et al. Medication errors in intravenous medicine preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France[J]. Qual Saf Health Care, 2005, 14(3): 190-195.

[8] Shahin ES, Dassen T, Halfens RJ. Incidence, prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: a longitudinal study[J]. In J Nurs Stud, 2009, 46(4): 413-421.

[9] 周新风, 胡秀风, 吕美英. 实施 AN 排班模式对护士生活质量的影响[J]. 护理研究, 2011, 25(5): 1190-1191.

[10] 赵攀, 黄成瑜, 肖和平, 等. 耐多药肺结核的外科治疗研究进展[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(48): 3448-3450.

[11] Lahmann NA, Kottner J, Dassen T, et al. Higher pressure

ulcer risk on intensive care? Comparison between general wards and intensive care units[J]. J Clin Nurs, 2012, 21(3/4): 354-361.

[12] 关欣, 王蕾, 邵昕. 重症医学科 1 056 例患者中压疮发生情况的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(7): 840-843.

[13] 张建中, 陈晔, 吴永佩. 临床静脉给药存在的问题分析与对策[J]. 中国护理管理杂志, 2012, 12(2): 14-16.

[14] Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous medicine errors[J]. BMJ, 2003, 326(7391): 684-687.

[15] Chiang CY, Yew WW. Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis[J]. Int J Tubercul Lung Dis, 2009, 13(3): 304-311.

[16] Gandhi NR, Shah NS, Andrews JR, et al. HIV coinfection in multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis results in high early mortality[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2010, 181(1): 80-86.

[17] Kim YH, Jeong YS, Park JH, et al. The effects of nurse education on physical restraint use in the ICU[J]. Korean J Anesthesiol, 2008, 55(5): 590-595.

[18] 李葆华, 祖鹏婧, 赵艳. 落实“优质护理服务示范工程”护理人力资源管理[J]. 中国护理管理, 2010, 10(4): 34-36.

(收稿日期: 2014-09-09 修回日期: 2014-12-12)

体位干预在股骨骨折术压疮防治护理中的效果*

张天锋¹, 杨华清^{1△}, 王俊杰² (1. 湖北医药学院附属东风医院急症创伤外科, 湖北十堰 442000; 2. 湖北医药学院附属太和医院, 湖北十堰 442000)

【摘要】 目的 探讨体位干预在股骨骨折术中压疮防治护理效果。**方法** 选取 2013 年 2 月至 2014 年 5 月行股骨干骨折切开复位内固定手术的 48 例患者为研究对象, 采用随机数字表法分成常规组和体位干预组, 每组各 24 例。常规组采用常规护理模式评估患者生命体征与皮肤情况, 体位干预组采用体位干预模式评估患者基本状况, 对比分析两组患者术前压疮风险评估评分结果, 术中出血量、手术时间、手术体位及术后皮肤受压状况等临床资料。**结果** 体位干预组患者术前压疮风险评估得分为 (13.5±1.3) 分, 手术用时为 (156.5±26.6) min, 术中出血量为 (106.1±30.8) mL, 与常规组患者比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。术后常规组护理干预满意度为 66.67%, 明显低于体位干预组的 95.83%; 体位干预组术后出现压疮 1 例, 压疮发生率为 4.2%, 明显低于常规组的 75.0%; 体位干预组压疮预防有效率为 83.33%, 高于常规组的 21.5%, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 对行股骨干骨折切开复位内固定手术的股骨骨折患者采用体位干预法, 能有效降低术中压疮发生率, 对提升护理满意度、减轻患者痛苦、缩短恢复时间等方面具有积极意义, 值得临床推广。

【关键词】 体位干预; 股骨骨折; 压疮; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.07.055 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)07-1002-03

压疮是由于局部组织长期受到外力压迫, 导致皮肤因持续性缺血、缺氧或营养不良出现组织溃烂、坏死的病症^[1], 普遍存在于康复治疗、护理与手术途中, 对患者术后恢复不利^[2]。本次研究为深入探讨体位干预在股骨骨折术中压疮防治护理效果, 选取 2013 年 2 月至 2014 年 5 月在本院行股骨干骨折切开

复位内固定手术的 48 例股骨骨折患者为研究对象, 对其中 24 例患者采用体位干预模式评估其基本状况, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月至 2014 年 5 月在本院行股骨干骨折切开复位内固定手术的 48 例股骨骨折患者为研究对

* 基金项目: 湖北省教育厅课题资助项目 (B20122418)。

△ 通讯作者, E-mail: yanghq4203@163.com。

象,采用随机数字表法分成常规组和体位干预组,每组各 24 例。参与本次研究的 48 例患者均通过 X 线片检查,其中男 28 例,女 20 例;年龄 21~78 岁,平均(48.8±2.6)岁;车祸撞击 21 例,高处跌倒 16 例,暴力击打 7 例,其他 4 例。

1.2 方法 常规组采用常规护理模式评估患者生命体征与皮肤情况:(1)术前按照常规护理模式操作,保持患者被褥及衣物清洁干燥;(2)禁止护理人员对患者实行拖拽、推拉等动作^[2];(3)患者术中一直保持同一体位;(4)术前及术后保持每 2 小时翻身 1 次的频率变换体位。体位干预组采用体位干预模式评估患者基本状况:(1)术前按照常规护理模式操作,保持患者被褥及衣物清洁干燥;(2)做好医患沟通工作,保持和谐的医患关系,对患者实行心理疏导,帮助其排遣不良情绪,加强依从性^[3];(3)术中受压部位皮肤进行实时监测^[4],主要监测受压皮肤温度;1 h 更换 1 次体位,由手术室护理人员平托患者腰背部稍离手术台面,以缓解受压部位的血液循环,或使用透明贴保护受压处皮肤^[4],减少受压时间;(4)围术期内时刻关注患者皮肤情况,做好记录工作;(5)术前及术后保持每 2 小时翻身 1 次的频率变换体位。

1.3 预防措施有效率判断标准 有效:皮肤表面完整,无压红;无效:有压疮创面、压红或水泡。

1.4 统计学处理 采取统计学软件 SPSS16.0 对上述数据进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采取 t 检验;计数资

料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术前两组患者压疮风险评估、手术时间及出血量对比情况 术前两组患者压疮风险评估、手术时间及出血量比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 术前两组患者压疮风险评估、手术时间及出血量对比情况($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	压疮风险评估(分)	手术时间(min)	出血量(mL)
体位干预组	24	13.5±1.3	156.5±26.6	106.1±30.8
常规组	24	13.7±1.5	151.3±25.7	106.5±31.2
<i>t</i>		0.493 6	0.688 7	0.044 7
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05

2.2 治疗后两组患者压疮发生情况、预防有效率及满意度对比情况 术后常规组护理干预满意度为 66.67%,明显低于体位干预组的 95.83%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。体位干预组术后压疮的发生率明显低于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。体位干预组压疮预防有效率高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗后两组患者压疮发生情况、预防有效率及满意度对比情况[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	满意度结果			压疮发生情况		预防效果	
		非常满意	满意	不满意	发生	未发生	有效	无效
常规组	24	6(25.00)	10(41.67)	8(33.33)	18(75.0)	6(25.0)	3(21.5)	21(87.5)
体位干预组	24	13(54.16)*	10(41.67)	1(4.17)*	1(4.2)*	23(95.8)	20(83.33)*	4(16.67)

注:与常规组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

股骨骨折患者由于行动不便,难以自行翻身,所以患褥疮的概率较大^[5]。此次研究,笔者为深入探讨体位干预在股骨骨折术中压疮防治护理效果,选取 48 例股骨骨折且于本院行股骨干骨折切开复位内固定手术的患者为研究对象,分别采用常规护理模式与体位干预模式对患者基本情况进行评估。通过研究笔者发现术中是否移动患者体位与其手术耗时时间、术中出血量无关;但体位干预组患者术后护理满意度及压疮预防有效率分别为 95.83%与 83.33%,均高于常规组患者,且术后压疮发生率为 4.2%,明显低于常规组的 75.0%,表明体位干预模式不仅能有效提升患者术后护理满意度,和谐医患关系,增加患者治疗依从性,还能减低压疮、压红发生率,减轻患者痛苦,预防效果较好^[6-7]。

笔者在研究过程中,总结出几点提升股骨骨折术中压疮防治护理效果的经验:(1)加强医患沟通,医护人员要加强与患者间的沟通,及时了解其基本情况,帮助患者排遣不良情绪,尽可能使患者在积极乐观的心态下配合医生治疗,以获得较好治疗效果^[8-9]。(2)建立较为完备的压疮三级质量控制体系^[10],使压疮的管理与控制目标更为明确,不断调整、改进治疗措施,使用科学合理的干预方式。(3)手术前应认真评估患者的整体情况,对患者发生压疮的危险性做出客观评价。营养不良是发生压疮的主要危险因素,改善全身营养状况,供给足够的热量、维生素、蛋白质等。(4)适当的体位及定时翻身可预防部分压疮

的发生,因此定时翻身是经济而又有效的预防压疮的重要措施。(5)应用合适的减压装置如气垫床、减压垫等可以有效地改善受压部位的血液循环,预防压疮的发生。有研究表明,使用压力气垫床的患者压疮发生率及严重程度明显低于睡普通床的患者^[11]。(6)保持皮肤干燥清洁,避免摩擦力和剪切力,如身体较为突出部位放置保护垫对于预防压疮也非常重要。有研究显示,若局部皮肤存在潮湿、摩擦、压力等物理性刺激,皮肤抵抗力降低,很容易出现压疮^[12],这也证实了以上观点。

综上所述,对行股骨干骨折切开复位内固定手术的股骨骨折患者采用体位干预法,定时翻身、采用减压装置、保持局部干燥清洁、免除摩擦力和剪切力等能有效降低术中压疮发生率,对提升护理满意度、减轻患者痛苦、缩短恢复时间等方面具有积极意义,值得临床推广。

参考文献

[1] 滕培兰. 30 例老年股骨粗隆骨折患者手术中预防急性压疮的护理[J]. 实用临床医药杂志, 2009, 5(22): 61.
[2] 徐延景, 陈霞, 王晶, 等. 股骨颈骨折患者术中预防压疮的护理干预[J]. 实用医药杂志, 2011, 28(4): 356-357.
[3] 崔旭凤. 急诊收治股骨颈骨折合并重度压疮患者的护理分析[J]. 中国卫生标准管理, 2014, 5(3): 54-55.
[4] 申彬, 白峰. 循证护理在骨折卧床患者压疮预防中的效果观察[J]. 科学技术与工程, 2012, 12(13): 3198-3200.

[5] 任慧琳,周惠玲. 1 例多发骨折合并意识丧失患者的压疮预防护理[J]. 西南国防医药,2009,19(12):1184.

[6] Wormald PJ. The agger nasi cell; the key to understanding the anatomy of the frontal recess[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2003,129(5):497-507.

[7] Choi BI, Lee HJ, Han JK, et al. Detection of hypervascular nodular hepatocellular carcinomas: value of triphasic helical CT compared with iodized-oil CT[J]. Am J Roentgenol,1997,168(1):219-224.

[8] Khan MA, Combs CS, Brunt EM, et al. Positron emission tomography scanning in the evaluation of hepatocellular carcinoma[J]. J Hepatol,2000,32(5):792-797.

[9] Tabit CE, Chung WB, Hamburg NM, et al. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications[J]. Rev Endocr Metab Disord, 2010,11(1):61-74.

[10] Endemann DH, Schiffrin EL. Endothelial dysfunction[J]. J Am Soc Nephrol,2004,15(8):1983-1992.

[11] 刘光维. 压疮防治进展[J]. 护理研究,2005,19(23):2082-2084.

[12] 于青,于兰. 压力性溃疡危险因素的评估[J]. 护士进修杂志,1996,11(2):7-8.

(收稿日期:2014-09-05 修回日期:2014-11-22)

医院血源性职业暴露现状与防护对策

孟长秀,张晓兰[△],薛均,黄成华(重庆市荣昌县人民医院 402460)

【摘要】目的 了解医院内发生职业暴露的高危人群及危险因素,为有针对性地制订防护措施提供依据。**方法** 对 2013 年重庆市荣昌县人民医院的 55 例血源性职业暴露登记报告资料进行分析总结。**结果** 工人、检验师、护士、医生职业暴露发生率分别为 22.22%、12.50%、10.16%、4.95%。2013 年发生职业暴露的 55 例人员中,护士 37 例(占 67.27%),医生 10 例(占 18.18%),工人 6 例(占 10.91%),检验师 2 例(占 3.64%)。职业暴露的主要环节是锐器伤(占 90.91%),血液、体液导致的皮肤黏膜暴露占 9.09%。**结论** 护士是职业暴露的主要高危人群,锐器伤是临床工作中最主要的职业暴露危险因素,需要对医院临床科室的护士、医生、检验师及工人的职业暴露防护加强管理,以降低职业暴露的发生。

【关键词】 高危人群; 职业暴露; 危险因素; 防护对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.07.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)07-1004-03

血源性职业暴露是医务人员工作中最常见的一种职业危害,也是引起血源性疾病职业感染最主要的原因^[1]。虽然近年来医务人员的职业防护意识不断提高,但临床发生职业暴露的现状仍然十分严峻,为了解本院医务人员职业暴露的状况,探寻职业暴露发生规律,为制订有效的防护对策提供科学依据,本文对本院 2013 年职业暴露报告资料进行了统计分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料来源于本院 2013 年 1~12 月感染管理科收集到的医院职业暴露报告登记表记录的信息,为本院医生、检验师、护士、工人,共 55 例。

1.2 方法 对 2013 年 1~12 月本院医生、检验师、护士、工人共 609 人进行调查,对发生的职业暴露报告表中的 55 例数据采用统计描述。

1.3 统计学处理 采用 Excel2007 工作表进行数据录入,并进行逻辑检错和严密核查,并计算构成比和百分比。

2 结果

工人的职业暴露发生率最高,为 22.22%;职业暴露人员构成比最高的是护士,占 67.27%(37/55),实习护士的职业暴露发生率高于在职护士。发生职业暴露的 55 例人员中,工龄 5 年以下者 43 例(占 78.18%),工龄 5 年以上者 12 例(占 21.82%)。各类人员职业暴露发生率及分布情况见表 1,本院不同职业人员暴露环节构成比见表 2。护士职业暴露以神经内科、神经外科、急诊科、重症监护室(ICU)和呼吸内科居前 5 位;医生职业暴露主要分布在外科系统,特别是手术及换药过

程中被手术器械误伤,占医生职业暴露的 90.00%。2 例检验人员的职业暴露均是采血拔针后刺伤。6 例工人职业暴露全部为收集垃圾时由于医务人员分类不正确而进行三次分拣时发生针刺伤。从职业暴露环节的构成比来看,锐器伤是本院职业暴露的主要环节(占 90.91%,50/55),而皮肤黏膜暴露仅占 9.09%(5/55)。

表 1 医院各类人员职业暴露发生率及分布情况

人员类别	在岗人数 (n)	职业暴露例数 (n)	职业暴露 发生率(%)	构成比(%)
工人	27	6	22.22	10.91
护士	364	37	10.16	67.27
医生	202	10	4.95	18.18
检验师	16	2	12.50	3.64
合计	609	55	9.03	100.00

表 2 不同职业人员暴露环节构成比[n(%)]

环节	护士 (n=37)	医生 (n=10)	工人 (n=6)	检验师 (n=2)
锐器伤	33(89.19)	9(90.00)	6(100.00)	2(100.00)
对针头进行二次分拣	9(24.32)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
输液注射/采血拔针后	13(35.14)	0(0.00)	0(0.00)	2(100.00)
分离针头及更换针头	5(13.51)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
垃圾三次分拣	0(0.00)	0(0.00)	6(100.00)	0(0.00)

[△] 通讯作者,E-mail:782459559@qq.com。