

2013,32(6):141-142.

[11] 刘艳萍. 妇产科护理工作中的风险因素分析及防范措施[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(24): 240-242.
 [12] 何春燕. 产科护理风险管理的研究进展[J]. 天津护理, 2011, 19(2): 119-120.
 [13] 张芮. 护理风险管理在妇产科护理管理中的应用效果分析[J]. 河南医学研究, 2017, 26(22): 4179-4180.
 [14] 秦学玲, 王秀梅, 刘雅丽. 产科护理风险管理对策[J]. 全科护理, 2011, 9(9): 808-810.

[15] 王丹, 孙雪榕, 徐雪莹. 产科护理管理中风险管理对护理满意度的影响[J]. 中国医药指南, 2017, 15(18): 297-298.
 [16] 周丽萍. 妇产科病房护理服务中风险现状分析及研究进展[J]. 中国保健营养, 2012, 22(12): 5477.
 [17] 简伟丽. 妇产科实施护理风险管理对患者满意度及护理风险事件的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(11): 1548.

(收稿日期: 2019-03-22 修回日期: 2019-07-18)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 24. 025

加强手术室管理法对颅内肿瘤手术患者术后感染的控制效果

王青青, 汪婷[△], 陈 缙

陕西省安康市中心医院手术室, 陕西安康 725000

摘要:目的 探讨加强手术室管理法对颅内肿瘤手术患者术后感染的控制效果。方法 选取 2016 年 4 月至 2018 年 8 月该院收治的 100 例行颅内肿瘤手术的患者为研究对象。根据手术室管理方法分为观察组与对照组, 每组 50 例。对照组给予常规消毒、动态监测患者体征等手术室常规管理, 观察组采用加强手术室管理法。管理 2 个月后, 观察并分析两组患者住院期间呼吸道、泌尿系统、创口感染发生情况, 以及住院时间、患者对手术室管理期间满意度。结果 观察组呼吸道感染率(2.00%)、泌尿系统感染率(0.00%)及创口感染率(2.00%)明显低于对照组呼吸道感染率(12.00%)、泌尿系统感染率(8.00%)及创口感染率(8.00%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组住院时间明显短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组满意度(96.00%)明显高于对照组(86.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 实施加强手术室管理法后, 颅内肿瘤手术患者术后感染率明显降低, 住院时间较短, 患者对手术室管理满意度较高, 值得临床推广使用。

关键词: 颅内肿瘤; 手术室管理; 医院感染

中图分类号: R472

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)24-3635-03

颅内肿瘤是临床常见的神经系统恶性肿瘤之一, 位于颅腔内, 主要包括脑膜瘤、生殖细胞瘤、神经上皮组织肿瘤等^[1]。目前, 临床对于原发性颅内肿瘤治疗主要采用外科手术切除方式, 尽量将肿瘤清除干净, 从而使细胞停止生长; 同时, 使用立体定向放射手术射波刀切除较深层或传统开颅手术不易摘除的肿瘤^[2-3]。手术室是医院感染控制的重点, 同时还是医院进行外科手术的主要地点, 在手术操作过程中对医护人员要求较高, 需严格按照手术室操作章程进行操作。若手术室感染控制不严格, 将导致感染率增高, 同时还会造成原发性疾病预后不良, 加重患者疼痛^[4-5]。基于此, 本研究就本院收治的 100 例行颅内肿瘤手术患者临床资料进行回顾性分析, 旨在探讨加强手术室管理法对医院感染的控制效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 4 月至 2018 年 8 月本院收治的 100 例行颅内肿瘤手术患者为研究对象。纳入标准: (1) 患者经确诊为颅内肿瘤且需行手术治疗; (2) 患者病情得到有效控制; (3) 患者无感染性疾病史; (4) 患者及家属知情并签署知情同意书。排除标准: (1) 患者重要脏器严重损伤; (2) 患者治疗期间

死亡; (3) 患者临床资料不完整; (4) 患者依从性差。100 例行颅内肿瘤手术患者, 按照是否行加强手术室管理法将其分为观察组 50 例和对照组 50 例。观察组中男 27 例、女 23 例, 平均年龄(47.56 ± 6.56)岁; 胶质细胞瘤 19 例, 脑膜瘤 13 例, 垂体腺瘤 10 例, 神经纤维瘤 4 例, 血管网状细胞瘤 4 例。对照组中男 28 例、女 22 例, 平均年龄(46.36 ± 6.69)岁; 胶质细胞瘤 17 例, 脑膜瘤 11 例, 垂体腺瘤 10 例, 神经纤维瘤 7 例, 血管网状细胞瘤 5 例。两组患者性别构成、年龄、肿瘤类别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院伦理会审核并通过。

1.2 方法 对照组采用常规手术室管理法。(1) 手术间合理划分为无菌区、清洁区、污染区。(2) 规范无菌器械与物品管理流程, 采取准入制度, 监督小组严格监督; 将一次性物品外包装除去并将物品存入无菌柜, 定期检查有效期, 统一处理不符合要求物品; 手术器械均按操作灭菌。(3) 所有参与手术人员在与患者接触前后均严格消毒; 开展相关培训加强手术室工作人员责任感, 监督小组核实无菌操作情况。观察组采用加强手术室管理法。(1) 手术室环境管理。手术室

[△] 通信作者, E-mail: 46400474@qq.com.

设计符合无菌技术要求,设在顶层,门窗设为双层,均为密闭性较强的材料,手术室布局严格区分无菌、清洁、半污染及污染区,使用明显的分界标志区分。每日及术后行清洁卫生消毒,每月物体表面、空气细菌培养 1 次,在直径 9 cm 的平皿内,将菌落总数控制在 ≤ 0.4 CFU/30 min。(2)手术室人员管理。进入手术室人员必须严格规范穿衣、裤、鞋,佩戴好口罩(遮住口鼻)、帽子(头发全部盖住),自身衣裤不允许漏出工作服外。严格遵守手术室参观制度,患有呼吸道疾病,面部、手部、颈部感染者禁止进入,谢绝非工作人员参观,特殊情况必须通过护士长批准。(3)无菌器械与物品管理。打开已经使用过的器械轴关节,使用加酶清洗剂彻底清洗残留物,高压蒸汽灭菌。灭菌包内外放置 3M 灭菌指示卡及胶带,确保在有效期内使用,无菌药品每月采样做细菌培养。一次性物品由专人领取与发放,专室专柜存放,室内保持清洁、干燥,使用前仔细检查生物指示卡有效期。(4)术中无菌技术管理。严格执行无菌技术操作,要求手术室护士具有较强专业知识及实际操作能力,器械护士配合手术时需轻快稳准,缩短手术时间,降低感染率,手术操作台与无菌台距离超过 10 cm。(5)术后管理。术后归类处理医疗器械,遵循医疗废物处理规范,在完成消毒和销毁一次性物品后进行转运;患者手术期间的分泌物需无害化处理后转运,医疗垃圾存放点彻底清扫、消毒。

1.3 观察指标 (1)根据《医院感染诊断标准(试行)》^[6]对呼吸道、泌尿系统、创口感染情况进行评估。观察并记录两组患者住院时间。(2)采用电话、门诊等方式进行问卷调查,获取患者对手术室管理的满意度。将结果分为非常满意、满意及不满意 3 个等级。满意度 = (满意例数 + 非常满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件对数据进行统计分析。计量资料行正态性和方差齐性检验,正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料采用百分数表示,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 两组患者感染率比较 观察组呼吸道感染率、泌尿系统感染率及创口感染率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者感染率比较[n(%)]

组别	n	呼吸道感染	泌尿系统感染	创口感染
观察组	50	1(2.00)	0(0.00)	1(2.00)
对照组	50	6(12.00)	4(8.00)	4(8.00)
χ^2		3.944	5.067	5.135
P		0.047	0.024	0.023

2.2 两组患者住院时间比较 观察组住院时间

[(16.36 ± 3.25) d]明显少于对照组[(19.69 ± 3.45) d],差异有统计学意义($t = 6.827, P < 0.05$)。

2.3 两组患者满意度比较 观察组满意度 96.00% (48/50),明显高于对照组的 86.00% (43/50),差异有统计学意义($\chi^2 = 4.828, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意
观察组	50	20(40.00)	28(56.00)	2(6.00)
对照组	50	16(32.00)	27(54.00)	7(14.00)

3 讨 论

医院感染主要包括住院期间发生感染、医院内感染、出院后感染^[7]。随着细菌种类逐渐增多,细菌耐药性逐渐增强,人们对感染的认识也逐渐深入。手术室是感染的高发场所,对手术要求非常高,与手术感染相关的影响因素包括手术器械消毒灭菌、侵入操作、医护人员是否实施相关无菌操作、手术方式、手术环境、手术时间、手术时机等^[8-9]。因此手术室管理质量在控制医院感染方面有着重要的作用,与患者生命健康密切相关,同时手术室管理作为疾病管理重要组成部分,极易受到外界环境干扰;手术器械、物品是否清洁直接影响患者健康,如果不能彻底消毒将导致医院感染的发生^[10-11]。医院感染不仅加重工作人员工作量,同时还影响患者治疗效果,给患者及家庭带来沉重经济负担,因此规范手术室操作、加强手术无菌管理、降低感染率具有重要意义^[12]。本研究结果表明,观察组呼吸道感染率、泌尿系统感染率及创口感染率明显低于对照组($P < 0.05$)。提示加强手术室管理可以显著降低患者医院感染率,对医院感染控制具有积极作用。

患者在手术室发生感染原因较多,如空气中含有多种细菌,手术室部分器械的循环使用,患者皮肤表面存在的细菌等^[13-14]。因此,手术室作为患者行手术治疗的集中场所,必须做好医院感染预防与控制工作,严格遵守手术室操作规范,认真细致做好手术器械消毒工作,有利于降低医院感染率,为患者提供更优质医疗环境^[15]。本研究结果表明,观察组住院时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示实施加强手术室管理法有利于降低并发症感染发生率,进而缩短患者住院时间。同时,观察组满意度为 96.00%,明显高于对照组的 86.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示医护人员严格遵守手术室操作规范,在一定程度上提高了患者满意度。实施加强手术室管理法,严格执行管理制度及监管流程,可提高手术质量及安全性,进而有效降低感染率。

综上所述,颅内肿瘤手术患者医院感染率较高,实施加强手术室管理法后,感染率得到明显降低,一定程度上缩短了患者住院时间,同时提高了患者对手术室管理满意度,值得临床推广使用。

参考文献

[1] 刘文红. 手术室优质护理在医院感染控制中的作用分析[J]. 上海护理, 2016, 16(7): 1121.

[2] JIANG L, GUO L, LI R, et al. Targeted surveillance and infection-related risk factors of nosocomial infection in patients after neurosurgical operation[J]. Pak J Pharm Sci, 2017, 30(3S): 1050-1053.

[3] 周金秋, 王振华, 孟甜, 等. 肿瘤手术患者医院感染与手术室管理的分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(8): 1908-1910.

[4] WANG L, LI Y, ZHANG X, et al. Characteristics of nosocomial infection and its effects on the survival of chemotherapy patients with advanced non-small cell lung cancer[J]. Oncol Lett, 2017, 14(6): 7379-7383.

[5] 刘小丽, 王彩仙, 肖云勇, 等. 手术室细节管理对医院感染控制效果的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(22): 5270-5272.

[6] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 现代实用医学, 2003, 81(7): 460-465.

[7] LOFTUS T J, THOMAS R M, MURPHY T W, et al. The effects of red cell transfusion donor age on nosocomial infection among trauma patients[J]. Am J Surg, 2017, 214(4): 672-676.

[8] WEINBERG J A, MACLENNAN P A, VANDROMME-CUSICK M J, et al. The deleterious effect of red blood

cell storage on microvascular response to transfusion[J]. J Trauma Acute Care Surg, 2013, 75(5): 807-812.

[9] 祁荷放. 手术室护理管理与普通外科手术患者医院感染相关性的 Logistic 回归分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 23(6): 710.

[10] AMBROSCH A, ROCKMANN F. Effect of two-step hygiene management on the prevention of nosocomial influenza in a season with high influenza activity[J]. J Hosp Infect, 2016, 94(2): 143-149.

[11] 陈秀丽, 索朝霞, 孟洁, 等. 介入手术室强化消毒隔离管理预防感染的应用效果[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(19): 4535-4537.

[12] LI Y, GONG Z, LU Y, et al. Impact of nosocomial infections surveillance on nosocomial infection rates: a systematic review[J]. Inter J Surg, 2017, 42(45): 160-164.

[13] 徐林军, 沈丹红, 徐晶芳, 等. 循证管理在医院手术室感染控制中的影响分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(18): 4288-4290.

[14] 毛祥芬. 手术室护理管理对患者手术室院内感染的预防效果[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2016, 33(4): 54-56.

[15] 刘丽, 马鸿雁, 徐长妍, 等. 强化消毒管理对介入手术室空气菌落数及病原菌分布的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(22): 5273-5277.

(收稿日期: 2019-02-18 修回日期: 2019-06-18)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.24.026

指触法与定容法监测全身麻醉手术气管插管患者气囊压力的效果比较

赵 璟¹, 任燕萍^{2△}

1. 西安交通大学医学院附属红会医院手术麻醉二科, 陕西西安 710054;
2. 陕西省西安市第一医院护理部, 陕西西安 710002

摘要:目的 比较指触法与定容法监测全身麻醉手术气管插管患者气囊压力的效果。方法 选择 2017 年 7—12 月在西安交通大学医学院附属红会医院和西安市第一医院进行全身麻醉手术的患者作为研究对象, 根据气囊压力测量方法不同分为指触组(109 例)和定容组(105 例)。指触组气管插管置入气囊充气后, 医务人员使用手指接触评估气囊压力; 定容组采用注入固定容量气体的方式评估气囊压力。使用气囊压力测量仪对两组气囊压力进行检测并记录, 再将两组患者气囊压力调整到安全范围。手术结束后再次测量气囊压力并记录, 同时收集患者术后 24 h 咳嗽、咽痛发生情况, 评价两种监测方法的效果。结果 指触组与定容组气囊压力均高于安全气囊压力上限(30 cm H₂O), 但指触组气囊压力与安全值上限的压力差值低于定容组, 差异有统计学意义($t = -3.302, P < 0.05$); 术后两组患者气囊压力比较, 差异无统计学意义($t = -0.586, P > 0.05$); 两组患者术后咳嗽、咽痛发生情况比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论 采用气囊压力测量仪评估全身麻醉手术气管插管患者气囊压力是较为可靠的方法, 但是在条件有限的情况下, 指触法评估气囊压力效果优于定容法。

关键词: 气管插管; 气囊压力; 指触法; 定容法

中图分类号: R472

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)24-3637-03

在气管插管操作中, 气囊压力需保持在 20~30 cm H₂O 的安全范围内^[1], 压力过高会导致气管黏膜

损伤, 引起咽痛等不适^[2], 压力过低会使气管密闭性降低, 引起术后肺炎发生^[3]。气囊压力测量仪是监测

△ 通信作者, E-mail: 962231462@qq.com.