可以观察尿量,了解患者的病情变化,为指导输液、输血提供参考指标。

3.2　术中护理

3.2.1　由于手术的路径较长,术野的范围较广,手术中出血、渗血较多,护士应密切观察患者的生命体征变化,根据对手术计划的评估情况,准备好红细胞 10 U,血浆 1 000 ml 及必要的全血,随时做好输血、输液的准备。术前备好适合的盛装离断肢体的容器,并在容器外附上患者的科别、床号、姓名等。

3.2.2　为了减少术中出血量和提高手术效率,护士应提前准确地备好手术所需的器械、缝针、缝线等。尤其是当手术开始游离锁骨时,要及时备好线锯、线锯柄;当锁骨中点锯断时,要及时在挫平处涂抹骨蜡;当游离到腋动脉和静脉及锁骨下动脉和静脉时,给予 4#线结扎及 1#线缝扎。切口缝合前给予 43 ℃的无菌蒸馏水冲洗、浸泡创面 3 min,以避免肿瘤细胞种植和播散[2],放置引流管。

3.3　术后护理　缝合伤口后,给予烧伤纱布加压包扎[3];手术结束后护送患者到麻醉恢复室,做好床边交班工作。

参考文献

1　王淑华. 截肢术的围手术期临床护理体会[J]. 医学信息,2011,24(8):5583.

2　李海燕. 手术室护士无瘤操作技术体会[J]. 中国医学杂志,2008,6(8):12 - 13.

3　汤银惠,汤秀芸,汤妙瑜,等. 深 II 度以上烧伤合并肩关节离断手术的护理配合[J]. 护理实践与研究,2009,6(14):122 - 123.

[收稿日期　2012 - 03 - 01][本文编辑　杨光和　蓝斯琪]

护理研讨

院内获得性肺炎原因分析及护理对策

黄燕玲

作者单位:535000　广西,钦州市第一人民医院呼吸二区

作者简介:黄燕玲(1976 -),女,大学本科,主管护师,研究方向:院内获得性肺炎的护理。E-mail:huangyanling1979@163.com

[**摘要**]　**目的**　分析院内获得性肺炎(HAP)的原因并探讨其护理对策。**方法**　对 2009-07 ~ 2011-07 住院的 58 例 HAP 的发生特点、原因及危险因素进行回顾性分析,并采取相应的护理对策。**结果**　HAP 的发生以重症病人多见,与高龄、基础疾病多、菌群失调、侵入性操作、手和空气的污染等有关。**结论**　对 HAP 危险因素应予以重点关注,并针对原因采取相应的护理对策。

[**关键词**]　院内获得性肺炎;　原因分析;　护理

[**中图分类号**]　R 473.56　[**文献标识码**]　B　[**文章编号**]　1674 - 3806(2012)06 - 0555 - 02

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2012.06.30

院内获得性肺炎(HAP)是指患者在医院内获得的肺炎,包括在住院期间发生的感染和在医院内获得感染而在出院后出现临床表现的肺炎。HAP 在院内感染中患病率为 10% ~ 20%,病死率居所有医院获得性感染之首[1]。HAP 的出现不仅影响患者的预后,加重患者的经济负担,甚至严重威胁患者的生命安全。因此,认识 HAP 的发生特点、原因及危险因素,对有效预防 HAP 的发生有着重要意义。现对 2009-07 ~ 2011-07 在我科住院的 58 例 HAP 患者进行总结和分析,报告如下。

1　临床资料

58 例患者中,男 38 例,女 20 例,年龄 35 ~ 98 岁,平均 66.2 岁;住院时间为 10 ~ 112 d,死亡 2 例,3 例因经济问题自动出院。慢性阻塞性肺疾病(COPD)31 例,脑血管意外后遗症 8 例,恶性肿瘤 6 例,糖尿病 5 例,同时有 2 种以上疾病的 34 例。昏迷者 8 例,气管切开 4 例,气管插管者 15 例,需行呼吸机治疗 13 例。所有患者均使用 2 种或 2 种以上的抗生素,留置尿管 35 例,胃管 25 例。临床表现:47 例有不同程度发热(体温≥38 ℃),52 例发现痰

万方数据

多且变黄,痰培养以革兰阴性杆菌多见,其中鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌最常见。听诊肺部可闻及痰鸣和啰音,查外周血白细胞增高(> 10×10^9),CT 检查肺部有阳性发现。

2　因素分析

2.1　机体免疫功能下降因素　老年人因机体衰老免疫功能及抵抗力下降,且基础疾病多,长期服用多种药物,致使免疫功能及抵抗力进一步下降,更容易受到病原菌的感染。

2.2　菌群失调因素　长期应用广谱抗生素、不合理的预防用药,使口鼻咽的正常菌群失调,耐药菌大量繁殖。当抵抗力下降、生病或人工气道形成后,由于咳嗽反射和呼吸道防御功能减退,致有大量细菌的口腔分泌物吸入肺内而引起肺部感染,使 HAP 发生的概率增加。

2.3　侵入性操作因素　侵入性操作破坏了机体的防御屏障,给细菌进入并定植提供了条件,是引起相应部位医院感染的重要原因[2]。如气管插管接呼吸机辅助呼吸、气管切开、导尿术、深浅静脉穿刺等。人工气道的建立破坏了上呼吸道的正常防御机制,使进入气道的空气未经过鼻腔的过滤、调温、调湿而直接进入气管内,损坏纤毛上皮,从而影响上皮的清除功能,增加肺部感染的机会。

2.4　手和空气污染因素　据报道[3],医务人员手传播细菌而造成的医院感染约占 30%。医院是各种病人聚集的场所,尤其是重症监护室,病室内空气不流通,探视人员过多,很多病菌随着人员的走动而飞扬造成空气的污染,病原菌很容易通过空气而导致住院病人肺部感染。

3　护理对策

3.1　给予营养支持　能进食者,给予营养丰富、易消化的富含蛋白质、维生素的饮食,如鱼、肉、蛋等,并根据患者的食欲,宜多样化;不能进食者,遵医嘱给予鼻饲或静脉补给,如静脉营养液、氨基酸、脂肪乳、能量合剂等,保证充足的营养。

3.2　做好基础护理　重症室内的病人大部分都是病情危重,做好口腔护理是非常必要的。口腔护理液可选用选必泰或根据口腔分泌物检查结果来选择。插有尿管的重症病人,每天用稀释的碘伏清洗尿道口 1 ~ 2 次,做到随时有分泌物随时清洗,并定期更换引流袋。保持病床整洁,定时协助翻身。

3.3　加强病房管理和消毒隔离　合理安排重症病房床位,避免床位拥挤,改善通风设施,重症病房空气每天进行臭氧消毒 1 次。增强医务人员的消毒隔离意识,限制家属每天探视次数及人数。进入病房前应戴口罩及帽,换鞋,必要时穿隔离衣。规范无菌操作流程,使用一次性吸痰管,做到口、鼻、气管分开,吸痰按气管-口腔-鼻腔顺序进行;进行无菌操作时必须严格执行手卫生制度。对培养出特殊菌群病人要进行隔离。呼吸机管道每周换 1 次,管道冷凝水应及时倒掉,避免返流。

3.4　合理使用抗生素　重症病室是发生医院感染的的高危区域,因此在选用抗生素时要有针对性,尽量避免滥用抗生素,以减少耐药菌的产生。使用抗生素前,尽可能送标本做细菌培养或药敏试验,同时注意抗生素的应用规则及治疗剂量。用药过程中随时注意有无 HAP 的发生,定期复查血常规,或行痰和血的培养。

3.5　强调特殊部位的护理　对气管切开或气管插管的病人,应保持呼吸道通畅,及时吸痰,密切观察生命体征及血氧变化,气管切开伤口的方纱做到随脏随换,换药时用皮肤消毒液消毒伤口周围皮肤,并注意观察伤口有无红肿、分泌物有无异常等情况。昏迷、瘫痪或病重不能自行翻身者,注意翻身叩背,协助排痰;不能自行咳嗽、咳痰者或痰多而黏稠者,可接负压引流装置协助吸痰,并正确留取痰样本。进行喂食时,适当抬高床头,以防止呕吐而引起误吸。

参考文献

1　钟南山,穆魁津. 医院获得性肺炎、肺部感染[M]. 北京:北京医科大学、协和医科大学联合出版社,1996:558.

2　张兴华,姜保芹,戴青梅,等. 基层医院医院感染及相关因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2000,10(4):264 - 265.

3　张润香,冯　伟,熊建球. 临床医护人员洗手现状与方法探讨[J]. 中华医院感染学杂志,2006,16(10):1138 - 1139.

[收稿日期　2011 - 11 - 14][本文编辑　宋卓孙　吕文娟]

万方数据