

南昌市区无偿献血人群检验结果分析

杨秋华

(江西省血液中心 南昌 330077)

关键词:南昌;无偿献血人群;血液学检验;结果分析

中图分类号:R 446.112

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)05-0072-01

输血是临床医学中一种不可缺少的治疗手段,但由于目前固定献血者较少,献血队伍不够稳定,存在着经血液传播疾病的风险。为了提高输血安全,笔者对南昌市区 2004~2005 年的无偿献血者的 HBsAg、抗 HCV、梅毒检验情况进行了调查。现将结果分析如下:

1 材料与方法

1.1 对象 2004~2005 年无偿献血者,年龄 18~55 周岁,经医生问诊体检及金标法 HBsAg 初筛合格者。其中有学生、军人、企业员工、公务员、农民、个体经营者、城镇居民等各类人群。一年之内多次献血者按 1 人计算。

1.2 设备 AT Plus 全自动加样器,FAME 全自动酶免分析仪(瑞士产)。

1.3 检验项目与方法 HBsAg、抗 HCV 检测采用 ELISA 法,梅毒检验采用 ELISA 和 TRUST 法。试剂盒购自上海科华、厦门新创及北京金豪,所有试剂经中国药品生物制品研究所检定合格,在有效期内。每份标本均用两种不同试剂进行初复检,任何一种试剂出现阳性结果,就判定该份血液标

罩,限制探视时间和人员进入。做好环境的消毒,包括地面、墙面。尽量少搬运、移动物品,减少空气中尘埃飞扬。加强空气的清洁和消毒。有条件的医院应选择层流空气消毒,没有层流消毒条件的医院,可用动态消毒机消毒空气。病人转出或死亡后,要及时做好终末消毒。每月做一次空气培养,监测消毒效果。ICU 属于 II 类环境,空气中的细菌总数应 $\leq 200\text{cfu}/\text{m}^3$,医护人员的手、物体表面的细菌总数应 $\leq 5\text{cfu}/\text{m}^3$ 。

2.3 严格遵守无菌技术操作原则 进行各项治疗、护理技术操作,都必须遵守无菌技术操作原则,避免直接导致感染。同时勤洗手,操作前后洗手,避免通过医务人员的手传播感染。医务人员为特殊传染病病人检查、治疗、护理之前,应戴一次性手套或无菌橡胶手套,每接触一个病人或同一病人不同部位,应更换一副手套,操作结束后,用抗菌皂液及流水洗手。

2.4 严格掌握侵入性诊疗手段的运用指征,减少不必要的侵入性诊疗 加强各种导管的护理,保持各种管道的通畅,及时拔除不必要的导管。每日更换引流瓶、引流袋、中心静脉测压管、输液器等,每日更换切口敷料,随脏随换,并观察切口有无红肿、渗出,发现问题及时处理,必要时作细菌培养,了解切口有无细菌感染。

2.5 严格消毒各种管道和仪器、设备 各种仪器设备应专人专用,避免交叉使用。使用后的仪器、设备和各种管道应严格消毒,防止感染。留置血管内的管道应使用一次性的。呼吸机管道和呼吸机各部件的清洁、消毒,要严格按各呼吸机的材质选用适宜的消毒剂和消毒方法。其他管道和设备,如氧气

本检测不合格。

2 结果

见表 1、表 2。

表 1 南昌市区 2004~2005 年献血者检测不合格率 例(%)

年份	n	不合格	HBsAg	抗 HCV	梅毒
2004	30701	685(2.2)	262(0.9)	189(0.6)	234(0.8)
2005	35316	645(1.8)	210(0.6)	254(0.7)	181(0.5)
合计	66017	1330(2.0)	472(0.7)	443(0.7)	415(0.6)

表 2 南昌市区 2004~2005 年不合格献血者男女构占比 例(%)

年份	性别	n	不合格	HBsAg	抗 HCV	梅毒
2004	男	17483	408(2.3)	166(0.9)	120(0.7)	122(0.7)
	女	13218	277(2.1)	96(0.7)	69(0.5)	112(0.8)
2005	男	20768	394(1.9)	146(0.7)	152(0.7)	96(0.5)
	女	14548	251(1.7)	64(0.4)	102(0.7)	85(0.6)

3 讨论

2005 年较 2004 年无偿献血人数增多,说明市民献血意识增强。同时,随着宣传工作的深入,多数市民已逐渐认识到患有肝炎等传染性疾病不能献血,因此 HBsAg、梅毒检测不合格率降低。但是抗 HCV 检测不合格率没(下转 第 78 页)

湿化瓶、面罩、除颤器等,可根据具体情况采用化学消毒剂进行浸泡或擦拭消毒。每日监测消毒液浓度,确保消毒效果。定期作管道的细菌培养,有条件的医院应尽可能用一次性管道,减少感染机会。一次性物品使用后应消毒毁形,不得重复使用。

2.6 科学合理地应用抗生素 使用一种抗生素有效,就不要使用多种抗生素。尽量根据药物敏感试验和细菌培养结果选用抗生素,避免滥用抗生素,造成菌群失调、二重感染和产生耐药菌株。对于应用抗生素时间长的病人,应每日检查有无霉菌感染,并加以预防。

2.7 全身性营养支持疗法,提高机体抵抗力。伴有胃肠功能障碍时选用全胃肠外营养,当病情改善、胃肠功能开始恢复,应过渡到肠内营养。

2.8 按床位和护士人数 1:3~4 比例配齐护士人数,并根据工作量合理安排人力资源,避免忙乱,减少交叉感染机会。

参考文献

[1]晁玉凤,付丽珂,李京京,等.ICU 院内感染调查分析[J].南方护理学报,2001,8(1):15~16
[2]陈燕华,朱丹.ICU 获得性肺部感染相关因素分析与护理[J].护士进修杂志,2002,17(11):861~863
[3]刘慧林,刘拴虎,刘雅丽.ICU 气管切开患者医院感染分析[J].华北煤炭医学院学报,2001,3(6):677~678
[4]张爱萍,杨琼,陈燕.重症监护室空气消毒效果与人员活动频率关系的研究[J].中国消毒学杂志,2005,22(2):237~238

(收稿日期:2006-01-09)

断指再植围手术期和术后康复的护理

任秀菊
(浙江台州黄岩中医院 台州 318020)

关键词:断指再植;围手术期;术后护理
中图分类号:R 473.6 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)05-0078-01

随着断肢再植的普及和显微外科技术的进展,断肢再植的存活与成功率正显著提高。肢体成活的关键,不单依赖手术的熟练技术,术后的临床观察与护理也至关重要^[1-2]。我院自 2003 年 10 月~2005 年 10 月收治断指再植病人 44 例,总成活率 91%以上,我们对各种类型断指再植的护理进行了探讨。现将其护理经验总结如下:

1 临床资料

44 例中,男 32 例,女 12 例,年龄 4~65 岁。断指 68 指,伤指指别:拇指 8 指,食指 24 指,中指 20 指,环指 12 指,小指 4 指;同一患者伤指数:1 指 26 例,2 指 12 例,3 指 6 例;完全离断 48 指,不完全离断 20 指。致伤原因:切割伤 20 例,碾压伤 16 例,热压伤 8 例。其中 4 指因术后并发动脉危象、2 指并发静脉危象经治疗无效而坏死,其余均再植成功,成功率达 91.2%。出院时伤口均愈合良好。出院后门诊随访 3~6 个月,功能恢复良好,基本上不影响美观和日常生活,并可参加工作。

2 护理

2.1 心理护理 断肢(指)伤病例均由于意外伤害所致,所以精神紧张、恐惧,担心手术失败,尤其是年轻人,因此专科护士在病人入院做好术前准备的同时应做好心理护理,关心安慰病人,向病人介绍手术医生有良好的技术水平及本病区成功手术的病例,使病人消除思想顾虑,取得病人的信任,并能积极地配合,以使手术顺利进行。

2.2 密切观察病情变化 断肢病人出血较多,应先予局部包扎止血,密切观察血压、脉搏、呼吸变化,同时做好备皮、皮试、配血。病人一般安排在 1~2 人房间,光线要充足,空气新鲜,房间应先用紫外线灯照射 2h。

2.3 术后护理

2.3.1 早期(术后 3 周内) 伤指包扎并置于功能位,避免牵拉,患肢略高于心脏水平。应用 60W 侧照灯作局部持续照射,照射距离 30~40cm 之间。患者及病房内禁止吸烟,禁用刺激性食物及饮料。2 周内绝对卧床休息,严密观测再植指的颜色和皮温,指趾饱满程度、弹性、血液回流及毛细血管反应,加强术后巡视,每 15~30 分钟 1 次,尤其术后 72h 内是血管

危象的高发期,在夜间其发生率更高。5d 后未制动的关节可作轻微的被动活动。如果骨固定良好,先从腕部开始进行轻柔的保护性的腕部屈伸活动,然后是再植平面以近的关节(掌指和近侧指间关节)轻柔的保护性的屈伸活动。方法:(1)腕部屈曲的同时,掌指关节和指间关节伸直;(2)腕部关节伸直或略屈,掌指关节和指间关节屈曲;(3)指间关节屈曲,掌指关节伸直;(4)指间关节伸直,掌指关节屈曲。时间从每次 5min 开始,逐渐增加至 15min,每天 2 次^[3]。

2.3.2 中期(术后 3~6 周) 继续进行被动活动,并开始指导患者对腕关节、掌指关节和指间关节进行主动及肌腱的被动和主动练习。主动活动开始在夹板或石膏托内进行,力量与幅度从轻微开始,由小到大,逐渐试着不用夹板或石膏托,仅在睡觉和外出时装置。主、被动活动时间延长至每次 30min,每天 5~6 次。

2.3.3 后期(术后 6~12 周) (1)红外线照射;(2)中药熏洗;(3)主动活动各关节,以增加关节活动度。主动活动应从日常生活需要出发来进行,如练习分指、对指活动,增加肌力,改进手指变形,可采取握力器。当再植手指出现较明显的主动活动后,可进行作业练习,如捏球、拣玻璃球、旋转健身球、协助穿脱衣服鞋袜、进餐等,动作由简单至复杂,逐渐增加活动负荷和精确度^[4-5]。再植指感觉恢复要在 2 个月以上,可选择 not 损伤皮肤的橡皮尖重触的触角试验,防止烫伤、冻伤。出院后继续进行以上训练,并给合患者原来的工作或将未来能适应的工作选择相应的作业练习,树立患者的自信心,提高自理能力和工作能力,为回归社会做好准备。

参考文献

[1]龚发云,李起鸿,曾宪政.断臂再植临床观察与护理[J].解放军护理杂志,1996,13(1):22
[2]马丽颖,肖淑艳.上肢断肢再植术后的护理[J].佳木斯医学院学报,1997,20(1):107
[3]于杰,李璐.暂时性异位断肢再植术后护理[J].实用护理杂志,1999,15(6):33
[4]朱盛修,王惠敏.断指再植功能评定讨论[J].中华显微外科杂志,1989,12(1):116
[5]裴国献.显微手外科学[M].济南:山东科学出版社,1999.563

(收稿日期: 2005-12-26)

(上接第 72 页)有下降的趋势,这与人群中抗 HCV 比例不高,多数市民重视程度不够,不了解本人此项指标是否合格有关。

男性献血者明显多于女性献血者,主要有两方面的原因。一是女性有其自身的生理特点,如月经期、妊娠期、哺乳期等,根据卫生部颁布的献血者健康标准应暂缓献血。二是女性对打针、抽血有较强的恐惧心理。女性总体不合格率较男性略低,发展女性献血者有利于提高血源质量。但女性梅

毒不合格率略高于男性,须做好献血前的咨询和健康教育工作,让高危从业人员自动退出献血者队伍。

安全血源是血液安全战略的基石,传染病血清学检测结果是血液安全的重要评价指标。只有加大献血知识的宣传力度,正确引导市民参与献血,加强献血体检、咨询和血液检测工作,才能有效地降低经输血传播疾病的风险。

(收稿日期: 2006-04-26)