

护理会诊与外科术后呼吸道医院感染控制

游润德 刘小青 李莉燕 刘平
(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词: 护理会诊; 术后呼吸道医院感染; 感染控制

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0073-02

外科是以手术作为主要治疗手段,防止术后感染是外科最重要的课题之一。我院外科 2004 年出院人数 962 例,手术人数 407 例,外科感染病例数为 23 例,术后感染病例数 15 例,其中 11 例为呼吸道感染,均为腹部手术,感染部位构成为 47.8%。为更有效控制和降低术后医院感染发生率,感染专职员向护理部提出了前瞻性监测加护理会诊的实施方案,并于 2005 年开始实施。现将实施结果汇报如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 2004 年 1 月 1 日~2005 年 12 月 31 日在我院外科住院的手术病人。

1.2 诊断标准 以卫生部制定《医院感染诊断标准》为依据。

1.3 监控方法

1.3.1 前瞻性监测 专职员逐日下病房对病例进行监测,专

对疾病的错误认识,帮助其改善与周围人群的关系,使病人配合治疗和护理。(3)对性格外向、开朗的患者,主动与之沟通,给予饮食、运动等行为干预。(4)每周组织 1 次病人沙龙活动,让病人之间相互交流心得和经验,增加治疗的信心。

2 结果

2.1 心理状况调查结果 82 例调查对象的 SAS 均分为 (45.98± 8.26) 分 (26~73 分),SDS 均分为 (47.26± 7.97) 分 (28~71 分)。根据全国量表协作组规定,SAS 总分 >50 分为有焦虑症状;SDS 总分 >50 分为有抑郁症状^[1]。本文调查对象中,26 例 (31.7%) 糖尿病患者有焦虑症状;16 例 (19.5%) 糖尿病患者有抑郁症状;10 例 (12.2%) 糖尿病患者同时有焦虑和抑郁症状。可见糖尿病患者 43.9% 有焦虑症状,31.7% 有抑郁症状,焦虑发生率明显高于抑郁,且有显著性意义 ($P<0.05$)。

2.2 不同性别、不同病程、有无并发症患者的 SAS、SDS 总分比较 男女糖尿病患者的心理状况无明显差异。有并发症的糖尿病患者 SAS 总分明显高于无并发症者 ($t=2.19, P<0.05$)。糖尿病病程 >5 年的糖尿病患者,其 SDS 总分明显高于病程 ≤5 年的患者 ($t=2.14, P<0.05$)。见表 1。

表 1 不同患者的 SAS、SDS 总分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
	n	SAS 总分	t 值	SDS 总分	t 值
性别	男	47 45.36± 8.73	0.77	46.68± 7.86	0.75
	女	35 46.81± 8.20		48.04± 8.32	
并发症	有	42 47.82± 8.26	2.19*	48.32± 8.34	1.26
	无	40 44.05± 7.41		46.15± 7.27	
总病程	≤5 年	44 45.57± 7.17	0.52	46.04± 7.23	2.14*
	>5 年	38 46.45± 8.12		48.67± 7.81	

注:2 组内比较, * $P<0.05$ 。

2.3 心理护理 4 周后心理状况的变化 经过 4 周的心理疏导和糖尿病知识宣教,82 例患者的 SAS、SDS 总分均有显著下降 ($P<0.05$)。详见表 2。

科护士 (或换药室护士) 协助汇报术后病人的病情供专职员参考,对疑似者加以确诊或排除,对感染者查找感染原因、途径、易感因素,制定预防与控制对策,且形成感染病例个案,标明经管医生和床号与医院感染情况月报表反馈至科室。

1.3.2 前瞻性监测加护理会诊 通过前瞻性监测,专职员向护理部指出感染病例护理措施缺陷问题,提出预防措施;科室护士长根据高危因素的特点组织责任护士对行手术的病人,依照不同情况找出共性和个性,制订出有特色的护理控制措施;然后护理部依照专职员提供的监控重点组织科室护士对手术病人进行讨论,明确每个手术病人的护理目标,督导护理预防措施的贯彻落实,纠正护理中的偏差及不足。

2 结果

采用前瞻性监测加护理会诊对控制术后医院感染率,尤

表 2 心理治疗前后 SAS、SDS 总分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分				
	心理治疗前	心理治疗后	t 值	P
SAS	45.98± 8.26	43.37± 7.56	2.12	<0.05
SDS	47.26± 7.97	44.65± 7.29	2.17	<0.05

3 讨论

2 型糖尿病作为一种慢性疾病,是无法根治的,需要长期口服药物或使用胰岛素治疗控制病情的发展。2 型糖尿病及其并发症对人类健康和生命构成严重威胁,给个人、家庭、社会带来巨大经济负担,造成劳动力的巨大损失和治疗费用的快速增长^[2]。在我们调查的糖尿病患者中,慢性并发症发生率 51.2% (42/82)。糖尿病患者由于病程长,久治不愈,容易产生悲观心理,引起情绪波动。相关研究报道,糖尿病患者多合并有抑郁症,且糖尿病本身可导致抑郁症的发生或加重^[3]。我们调查的 82 例糖尿病患者中,63.4% 的患者有焦虑、抑郁情绪,这说明糖尿病患者存在严重的心理问题。病程 5 年以上、有慢性并发症的患者,SAS、SDS 总分较病程短、无并发症患者升高,这类患者表现焦虑、紧张、激动易怒、情绪不稳定,不利于疾病的良好控制。

经过针对性糖尿病心理护理 4 周以后,82 例糖尿病患者的 SAS、SDS 总分均有显著下降。提示规范的糖尿病知识宣教和心理疏导能改善糖尿病患者的焦虑及抑郁情绪,使之更好地配合治疗。综上所述,病程长、有并发症的糖尿病患者,特别是老年患者,都有不同程度的焦虑、抑郁情绪,而针对性地进行糖尿病知识宣教、加强心理疏导和沟通能改善他们的心理状况,利于疾病的长期治疗和预后。

参考文献

[1] 张明圆.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993.16~78
[2] 朱禧星.现代糖尿病学[M].上海:上海医科大学出版社,2002.10
[3] 左玲俊,徐俊冕.糖尿病患者的心理问题[J].中国行为医学科学,1998,7(4): 155

(收稿日期: 2007-03-28)

1 例右上肺不典型类癌伴肝转移出现类癌危象的护理

袁小兰

(江西省胸科医院 南昌 330006)

关键词: 不典型类癌; 肝转移; 类癌危象; 护理

中图分类号: R 473.73

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0074-02

类癌是一种罕见的、生长缓慢的肿瘤,绝大多数发生于消化道,发生于肺部少见,约占全部类癌 10.2%~11.5%,约占肺部肿瘤 1%~2%^[1]。约有 10%支气管类癌呈不典型生长,伴有局部淋巴结、肝或骨转移,肺类癌中类癌综合征发生率为 5%^[2]。类癌综合征是一组症状群,临床表现为皮肤发红、腹痛、腹泻、哮喘和心动过速等,症状严重时出现严重心律失常,呼吸困难,腹泻甚至呼吸骤停等类癌危象情况。2005 年 10 月 27 日~2006 年 11 月 28 日,我科收治 1 例肺不典型类癌伴肝转移病例,先后住院 6 次,在化疗后或行支气管镜活检+高频电圈切割术后 4 次出现类癌危象,经积极对症治疗和护理,类癌综合征好转出院。现将护理体会报告如下:

1 病例介绍

患者,男,53 岁。因咳嗽、咯血半年于 2005 年 10 月 27 日入我科行支气管镜活检+高频电圈切割,病理回报(右上肺支气管)不典型类癌,免疫组化提示右上肺支气管高分化神经内分泌癌(非典型类癌)。腹部 CT 提示肝多发性转移癌,于 2005 年 11 月 17 日行支气管动脉、肝动脉插管化疗+TAE 术,注射表阿霉素 40mg、5-FU 500mg、碘化油 20mg,术后 2d 出现面色潮红、出汗、心悸、腹泻、呕吐等,继而症状加重出现类癌危象。立即给予赛庚定、复方苯乙哌定、倍他乐克口服,其是呼吸道感染,有明显的优势,术后医院感染率下降,手术者占感染人数的比率下降,呼吸道感染得到有效控制,缩短了术后恢复期,提高了治愈率。

2.1 实施护理会诊后情况 通过专职员前瞻性监测调查统计,85.1%的手术病人术前能很好地与责任护士沟通;80.1%的患者得到护士详尽的宣教和适应手术后变化的锻炼指导;70.0%的患者知晓禁食后口腔卫生的重要性和必要性;71.8%的患者知晓术后如无特殊情况,6h 后须在床上作适度活动,且须尽早下床活动;80.1%的病人知晓术后咳嗽的重要性及咳嗽时如何保护伤口。

2.2 前瞻性监测与采取护理会诊后医院感染情况对比 见表 1。

表 1 前瞻性监测与采取护理会诊医院感染情况对比表 例(%)				
监测方法	出院人数	手术人数	科感染病例数	术后感染病例数
前瞻性监测	962	407(42.3)	23(2.4)	15(3.7)
监测与会诊	813	437(53.8)	22(2.7)	9(2.0)

2.3 前瞻性监测与护理会诊术后医院感染部位汇总对比 见表 2。

表 2 前瞻性监测与采取护理会诊术后医院感染部位汇总对比表 例							
监测方法	感染例次	泌尿道感染	下呼吸道感染	感染性腹泻	肠道霉菌感染	术后切口感染	皮肤感染
前瞻性监测	15	0	5	0	0	2	0
监测与会诊	9	0	4	1	0	2	0

3 讨论

前瞻性监测不仅能及时找到感染原因、途径、易感因素,制定管理措施、预防与控制对策,还能发现感染病例护理措

信法丁、地塞米松静推,善宁微泵持续静推 24h,亚星抗感染以及相应对症支持治疗,患者病情逐渐平稳,类癌综合征症状基本消失,12 月 4 日出院。再次入院行化疗后出现 3 次类癌危象,经积极对症治疗护理好转出院。

2 护理

2.1 心理护理 类癌为肺部低度恶性肿瘤的一种,但不典型类癌恶性程度较高,且患者存在多发性肝脏转移,预后差,治疗上以化疗为主。患者治疗中多次出现类癌危象,自觉症状重,产生了恐惧、悲观心理,表现为心情烦躁、精神抑郁、沉默寡言,甚至想放弃治疗。我们根据患者的心理特点,应用纽曼护理模式^[3]分析评估并确定患者压力源为内在的精神方面因素。运用所制定的三级预防措施^[4]:一级预防强调减少压力源的产生,即避免在患者面前谈及治疗的艰巨性;二级预防加强患者自我治疗和自我调节能力,即多向患者及家属讲解疾病的知识及预后,增强他们的信心,鼓励其配合并坚持治疗;三级预防努力使患者的身心维持在最佳状态,给予适当的音乐疗法。经过三级预防护理,患者及家属能以积极的心态接受治疗。

2.2 病情观察 类癌综合征主要是因肿瘤细胞坏死,大量异位激素释放所致,异位激素主要有组胺、5-羟色胺、血管活性物质^[5]。类癌综合征的临床表现多种多样,但无法管理护理质量。

呼吸道感染病例相对较多,与基层医院病员大多数来自农村、文化层次相对较低、患者自我防护意识差、病房陪客多、探视者多、人群活动频率高、吸烟史等均有关。术前过于紧张的精神状态不仅会影响病人的食欲和睡眠,还可通过神经内分泌系统影响机体的免疫功能^[6],易感染因素增加。术前与术后有针对性的宣教可缓解患者的紧张和思想顾虑,增强病人对手术的信心,提高机体的抵抗力。术后早期下床活动可促进血液循环,恢复胃肠功能,增进食欲,防止并发症,促进伤口愈合。有效的咳嗽、咳痰可以防止呼吸道分泌物沉积肺底,防止肺部感染,降低高危因素。禁食期间可使定植在口腔内的细菌大量繁殖,是引发呼吸道感染的重要因素;而漱口、刷牙等活动对细菌能起到一定的清除与抑制作用^[7],减少感染。

总之,医院感染的预防与控制措施贯穿于护理活动的全过程,涉及护理工作的诸多方面。故医院感染发生率与护理工作息息相关,前瞻性监测加护理会诊可以使护理的可预见性的预防控制措施真正落实到实处,达到降低医院感染发生率的目的,尤其是术后呼吸道感染率的控制。

参考文献

[1]高德彰.外科护理学[M].北京:光明日报出版社,1991.17
[2]钟秀玲,程林妍.现代医院感染护理学[M].北京:人民军医出版社,1995.151

(收稿日期: 2006-10-16)