

患者沟通,能有效转移患者注意力,从而能使不良心理情绪有所下降,提高临床治疗依从性。用药后对患者的反应情况进行密切观察,一旦发现问题需立即予以正确处理,防止手术治疗进程受影响。术后,医护人员需要严密观察患者的生命体征情况,并详细记录用药情况。

1.4 评价标准^[3]

本院实施自制护理质量评价表,护理评价内容具体如下:服务及时性和护理质量、服务态度及护理安全及管理规范性等五项,每项20分,共计100分。非常满意评分区间在80至100内,一般评分区间在60至79内,不满意评分区间在<60分内。

实施SAS(焦虑自评量表)评定所有患者的焦虑情绪,得分越低说明患者的焦虑情绪改善情况越好。

1.5 统计学分析

本研究对于统计学的分析可实施SPSS12.0软件进行,以卡方检验的形式对比计数数据的比较,以t检验的形式对比计量数据的比较。检验结果以 $P < 0.05$ 说明数据间差异性存在统计学意义。

2 结果

2.1 分析对比试验组与对照组患者的护理满意度

78.18%是对照组患者的护理满意度,92.73%是试验组患者的护理满意度,两组对比,试验组显著高于对照组,对比数据间存在差异性($P < 0.05$)。具体数据对比见表1。

表1 分析对比试验组与对照组患者的护理满意度[n(%)]

组别	非常满意	一般	不满意	护理满意度
对照组(n=55)	23(41.82)	20(36.36)	12(21.82)	43(78.18)
试验组(n=55)	29(52.73)	22(40.00)	4(7.27)	51(92.73)
X^2	4.681			
P值	0.031			

2.2 分析对比试验组与对照组患者的SAS评分、术后恢复时间及手术时间

对照组患者的SAS评分情况明显比试验组高,对比数据间存在差异性($P < 0.05$);关于两组患者的术后恢复时间及手术时间情况比较,试验组显著低于对照组,对比数据间同样存在差异性($P < 0.05$)。具体数据对比见表2。

表2 分析对比试验组和对照组患者的SAS评分、术后恢复时间及手术时间($\bar{X} \pm s$)

组别	SAS评分(分)	术后恢复时间(d)	手术时间(min)
对照组(n=55)	45.5±5.7	7.9±1.6	65.4±12.1
试验组(n=55)	30.1±6.1	6.4±1.1	49.9±10.7
T值	13.680	5.729	7.117
P值	0.001	0.001	0.001

3 讨论

在医疗机构中手术室属于重要科室之一,不仅具有较高的危险性,而且还有较大的工作量,对此可以看出,工作强度高和风险大等,手术室护理的主要特点。将无缝护理方式应用到手术室患者的护理中,不仅能使患者的焦虑、烦躁等负面情绪得到改善,而且还能使手术期间患者的心理负担减轻,从而能有效提升临床护理配合度,使手术时间缩短,加快手术进程^[4]。从上述研究结果中可以看出,试验组患者的护理满意度优于对照组,而SAS评分、术后恢复时间和手术时间均低于对照组($P < 0.05$),说明,无缝隙护理方式的实施不仅能使医护人员的工作质量得到提升,而且还能加快患者术后恢复,使患者的护理满意度得到提升。

总之,在手术室患者护理中实施无缝隙护理方式,能加快患者康复,同时还能使患者的护理满意度提升,使其心理状态得到改善,值得应用推广。

参考文献

- [1]徐匀,潘名城, Xu Yun, 等. 全程无缝隙护理模式在手术室优质护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(15): 1836-1839.
- [2]周秋霞. 手术室护理服务中应用全程无缝隙护理模式效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(11): 129-130.
- [3]谢美文, 陈海斌. 全程无缝隙护理模式在手术室优质护理服务中的应用价值分析[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(30): 4294-4295.
- [4]徐政秀. 全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果及患者预后改善的影响分析[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(13): 1003-1006.

新生儿脐部感染的护理干预方法及应用意义探析

都雅坤

(郑州大学第三附属医院 NICU 450000)

【摘要】目的:探索护理干预对预防新生儿脐部感染的效果。**方法:**随机收集2016年1月至2016年12月共540例新生儿,随机分为3组,护理干预组、常规干预组和未干预组,护理组在常规组上加洁悠神。**结果:**未干预组脐部感染率为17.2%高于常规干预组(5%)和护理干预组(1.11%), $p < 0.05$,差异有统计学意义;未干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为175例,定值率97.2%;常规干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为167例,92.8%;护理干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为165例,91.7%。**结论:**护理干预方法处理预防脐部感染能够有效控制感染率,能够避免耐药性,更加安全方面,值得临床推广。

【关键词】 护理干预; 新生儿; 脐部感染

前言:临床上新生儿脐部感染较多见,在剪断脐带后极易被细菌入侵遭受感染。新生儿免疫力低下,不恰当的护理导致脐部收到感染,脐部感染具有极大地危险性,容易导致急性炎症,可导致全身感染,主要表现为脐部黏液等分泌物增加、脐周发红炎症症状,严重者导致厌氧菌入侵引起败血症^[1-3]。研究发现,对新生儿脐部进行优质护理能够减少脐部感染^[4]。了解新生儿脐部感染的诱因,制定相应措施能够起到重要的防控意义。本研究通过以2016年1月-2016年12月540例新生儿为研究对象,分析给予新生儿脐部进行不同护理方式的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机收集2016年1月至2016年12月共540例新生儿,290例男性,250例女性,胎龄分布在24-46周,平均胎龄(31±8)周,胎儿体重分布在1800-5300g,平均(3800±139)g;将540例新生儿随机分为3组,护理干预组、常规干预组和未干预组,每组180例;护理干预组:93例男性,87例女性,胎龄分布26-41周,胎儿体重分布在1800-5300g,平均(3644±136)g;常规干预组:85例男性,95例女性,胎龄分布25-45周,胎儿体重分布在1869-5204g,平均(3751±131)g;未干预组:96例男性,84例女性,胎龄分布24-46周,胎儿体重分布在1878-5300g,平均(3691±134)g。

1.2 实验方法

未干预组:对新生儿脐带处不做任何处理;常规干预组,在距离脐根部0.5cm之内进行脐带接扎,每日更换脐带贴,或发生污染更换,对脐部每隔8h用聚维酮碘消毒;护理干预组:在常规干预组基础上每8小时对脐部使用洁悠神。

1.3 脐部检测

医护人员每日对脐带结扎、脐带贴使用进行监测,观察感染状况;新生儿出生3-5d后,进行消毒后采集脐部分泌物送检,2h内接种于培养基,进行细菌分离与鉴定。

1.4 统计学分析 采用统计软件SPSS 16.0对实验数据进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm s$)表示,采用t检验。计数资料以百分数表示,采用 X^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 未干预组、常规干预组和护理干预组的新生儿性别、胎龄、体重及孕周等相比较, $p > 0.05$,差异均无统计学意义。

2.2 三组脐部感染比较

未干预组脐部感染率为17.2%高于常规干预组(5%)和护理干预组(1.11%), $p < 0.05$,差异有统计学意义;常规干预组(5%)高于护理干预组(1.11%), $p < 0.05$,差异有统计学意义。

表1 三组脐部细菌感染率

分组	例数	感染例数	感染率	p
未干预组	180	175	97.2%	<0.05
常规干预组	180	167	92.8%	<0.05
护理干预组	180	165	91.7%	<0.05

干预组	例数	感染例数	感染率	p
护理干预	180	2	1.11%	<0.05
常规干预	180	9	5%	<0.05
未干预	180	31	17.2%	<0.05

2.3 三组脐部定值率比较

对新生儿脐部进行细菌检测,未干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为175例,定值率97.2%;常规干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为167例,92.8%;护理干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为165例,91.7%。

表2 三组脐部细菌定值率

病原菌	护理干预		常规干预		未干预	
	株数	定值率	株数	定值率	株数	定值率
金黄色葡萄球菌	36	20.00	53	29.44	55	30.56
大肠埃希菌	28	15.56	35	19.44	42	23.33
表皮葡萄球菌	11	6.11	15	8.33	15	8.33
沙雷菌属	11	6.11	16	8.89	15	8.33
克雷伯菌属	12	6.67	8	4.44	11	6.11
阴沟肠杆菌	13	7.22	5	2.78	8	4.44
聚团多源菌	8	4.44	9	5.00	6	3.33
其他细菌	46	25.56	26	14.44	23	12.78

病原菌	护理干预			常规干预			未干预		
	株数	检出株数	检出率	株数	检出株数	检出率	株数	检出株数	检出率
耐甲氧西林金黄色葡萄球菌	51	19	37.25	58	26	44.83	51	19	37.25
产ESBLs大肠埃希菌	13	3	23.08	16	1	6.25	13	3	23.08

表3 三组特殊耐药菌检出率

讨论

新生儿脐部, 残端存有开放新切口, 脐带自然脱落和吻合愈合时间内, 会伴有胶质分泌物, 厌氧菌等病原菌容易聚集、滋生, 最终导致脐部感染[5-6]。产前、产时、产后以及环境等是影响感染的脐部感染的主要因素。产前因素主要包括: 宫内感染, 出生后无保护预防措施。产时因素主要包括: 胎膜早破、产程增加、脐带保留过长、脐部剪切未净、消毒不严格等。产后主要因素包括: 分泌物清楚是否及时、是否使用纱布、是否使用爽身粉等。环境因素主要包括: 分娩室、新生儿室、医护人员无菌操

作等[7-8]。本研究发现, 未干预组脐部感染率为17.2%高于常规干预组(5%)和护理干预组(1.11%), $p < 0.05$, 差异有统计学意义; 常规干预组(5%)高于护理干预组(1.11%), $p < 0.05$, 差异有统计学意义, 表明积极进行脐部感染干预, 对目标进行监测, 能够有效控制感染, 降低感染率。护理干预要优于常规干预表明, 该组的控制效果更好。清悠神是一种高分子阳离子活性剂, 能够形成正电荷网状膜, 能够有效避免耐药产生, 消灭或阻挡细菌。

对新生儿脐部进行细菌检测, 未干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为175例, 定值率97.2%; 常规干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为167例, 92.8%; 护理干预组的新生儿脐部分泌物细菌检出为165例, 91.7%, 未干预组定值率明显高于常规干预组和护理干预组, $p < 0.05$, 差异具有统计学意义, 表明进行常规和护理干预均能够有效降低细菌定值率。常规干预组与护理干预组相比较, $p > 0.05$, 差异无统计学意义。表明, 护理干预脐部感染无明显优势。

综上所述, 护理干预方法处理预防脐部感染能够有效控制感染率, 能够有效避免耐药性, 更加安全方面, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 司徒妙琼, 李智英, 谢巧庆. 新生儿脐部不同消毒方法对脐部感染的影响分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(20): 4759-4766.
- [2] 洪早红. 新生儿预防脐部感染的护理干预[J]. 医学理论与实践, 2015, 28(1): 126-127.
- [3] 耿琳华, 林少英. 新生儿脐带消毒与局部清洁干燥引起脐部感染的随机对照研究[J]. 中国当代医药, 2016, 23(16): 173-175.
- [4] 马艳, 张欢, 李芳. 新生儿脐部感染细菌定植的临床分析研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(9): 2128-2130.
- [5] 梁尚艳. 优质护理服务理念在新生儿脐部护理中的应用及效果[J]. 吉林医学, 2014, 35(34): 7704-7705.
- [6] 夏华琴, 周见. 预防新生儿脐部感染的护理干预探讨[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(8): 243-244.
- [7] 冯桃花. 新生儿脐部护理的效果评价[J]. 实用医技杂志, 2012, 19(6): 664-665.
- [8] 唐鸿玉. 新生儿脐部感染原因分析及护理进展[J]. 中外医疗, 2011, 30(21): 189-190.

内科住院病人循环骤停的复苏及护理

王丽辉

(吉林省吉林市第二人民医院循环内科 132002)

【摘要】目的: 评价内科住院病人循环骤停的管理质量。方法: 2015年1月~12月, 医院内科收治住院患者2764例, 常规护理以及服务管理。2016年1月~12月内科收治住院患者2890例, 进行强化护理管理, 重视预防护理, 加强基础心肺复苏以及高级心肺复苏技术的管理, 加强抢救设备的管理, 登记资料进行持续质量改进。结果: 2016年心脏不良事件、心脏骤停发生率, 与心脏不良事件发生后, 接到呼叫到护士抵达时间, 抢救接氧时间、除颤开始时间、静脉用药时间低于2015年, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 改进后, 循环骤停发生率显著下降, 与此同时抢救效率提高。

【关键词】 循环骤停; 心肺复苏; 内科

循环骤停是指循环系统较短时间内失去功能, 一般是指心脏骤停。心脏骤停是住院死亡的常见病因之一, 容易导致医患纠纷, 严重者甚至猝死。我国心源性猝死发生率高达39.82/10万, 因人口老龄化, 心脏骤停发生率呈快速上升趋势^[1]。加强内科住院对象的循环骤停管理非常必要。医院尝试在2015年12月, 强化对内科心脏骤停的护理管理, 重视心脏骤停的预防, 建立抢救机制,

1 资料及方法

1.1 一般资料

2015年1月~12月, 医院内科收治住院患者2764例, 其中男1506例、女1258例, 年龄1~89岁, 平均(44.4±15.2)岁。来源: 呼吸内科830例、心血管内科540例、神经内科456例、消化内科353例、其他585例。危重症174例。2016年1月~12月内科收治住院患者2890例, 其中男1610例、女1280例, 年龄1~92岁, 平均(44.5±15.5)岁。来源: 呼吸内科859例、心血管内科557例、神经内科466例、消化内科375例、其他633例。危重症194例。两个年份年龄、性别、来源、危重症比重差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 改进前

医院在心内科、内分泌科配备足够的针对心脏骤停的抢救设备, 主要包括电击器、除颤仪、抢救药物等, 针对严重的心脏病患者, 会进行24h陪护, 安排高年资的护士进行护理, 心内科会成立抢救小组, 负责科室内出现心脏骤停的患者抢救工作, 同时接受其他科室的呼叫, 会进行协助。

1.2.2 改进后

(1) 预防措施: ①量表评估与护理对策制定: 针对心脏骤停, 无论是否为心内科患者, 都进行风险评估, 针对心脏骤停主要风险因素为既往心脏骤停病史、生命体征不稳定、严重的心功能障碍、高应激水平、年龄 > 70 岁、基础心率 ≥ 80 次/min^[2-3]; ②针对高危对象, 给予更多的护理支持, 安排经验丰富的护士、提高巡视的频次等方法提高管理水平, 同时强化交接班的管理, 交班护士需要划出护理重点内容, 此次班次患者的异常表现, 如心率上升, 让接班护士心中有数。③对于高风险者, 在床头醒目位置, 提醒心脏骤停风险, 以及主要风险因素, 需要关注的内容, 提醒护士在术中加强风险控制。④对护士进行1次全面的有关心脏骤停知识的培训, 重视心电图分析、心电图分析, 综合判断功能, 特别重视心电图QRS波增宽、QT/QTc间期、QT/QTc同期离散度, 动态心电图室性早搏数量、非持续性室性心动过速、QT间期动态改变、ST段压低、心率变异性下降等表现^[4-5]。

(2) 抢救管理: ①加强抢救设备的管理, 加强物品的定置管理, 在交接班时, 也进行器械的基本检查, 确认抢救器械充足, 同时检查设备, 编制设备故障树, 做好与后勤的配合, 控制设备故障率; ②合理的运用基础心肺复苏技术、除颤仪的设备, 重视提高抢救的效率, 进一步规范抢救护理, 主要包括以下几个方面, 对于家属若发现患者呼叫无反应, 需要立即呼叫救援, 合理的早期除颤, 安排2人配合, 1人取器, 1人开展胸外按压等操作, 可使用纳洛酮促醒, 对于胸外按压的速度100~120/min的胸外按压为宜, 深度控制在5cm为宜, 不要过分的担心按压过深导致胸部损伤, 实际上处于

这种担心, 容易导致按压深度不足, 非必须的按压中断是可以的, 但在除颤前按压中断应尽量缩短; ③建立档案, 以获得更多的循证证据, 指导下次改进; ④规范高级心肺复苏技术, 包括心肺复苏辅助措施、气道管理与通气辅助、心脏骤停处理三个部分, 早期最大可行吸入氧浓度, 采用二氧化碳定量波形图进行监控, 选择气囊一面罩装置或高级通道支持, 尽量缩短气道插入时间, 对于心房与心室失常首选双相波除颤器, 采用厂家推荐的能量, 若无推荐选择最大能量, 对于顽固性VF、pTV, 遵医嘱使用胺碘酮、利多卡因等药物。

1.3 观察指标

住院期间, 严重心脏不良事件发生情况, 心脏骤停发生率, 心脏骤停抢救成功率, 心脏不良事件接到呼叫到护士抵达时间, 抢救接氧时间、除颤开始时间、静脉用药时间。

1.4 统计学处理

采用SPSS20.0软件进行统计学计算, 时间指标采用(Mena±SD)符号($\bar{X} \pm s$)表示, 服从正态分布组间比较采用t检验, 不良事件、心脏骤停发生以及抢救成功率或率采用符号n、%表示, 采用 χ^2 检验或Fisher精确性检验进行组间比较, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 结局不良事件发生情况

2016年心脏不良事件、心脏骤停发生率低于2015年, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2016—2015年结局指标对比[n(%)]

年份	n	心脏不良事件	心脏骤停	心脏骤停抢救成功
2016年	2890	29(1.00)	2(0.07)	2(0.07)
2015年	2764	53(1.92)	11(0.40)	7(0.25)

注: 与2016年相比, * $P < 0.05$ 。

2.2 抢救效率

2016年心脏不良事件发生后, 接到呼叫到护士抵达时间, 抢救接氧时间、除颤开始时间、静脉用药时间低于2015年, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2016年、2015年心脏不良事件抢救效率指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	接到呼叫到护士抵达时间(min)	抢救接氧时间(min)	除颤开始时间(min)	静脉用药时间(min)
2016年	0.8±0.4	1.8±0.8	2.7±1.3	4.8±1.5