

害等全身性不良反应。部分患者可能出现一些需要护理的其他不良反应。

4.1 皮肤光过敏反应 光敏剂使用后的主要不良反应为光过敏反应。由于皮肤内残留的光敏剂清除过程较慢,必须长时间避免阳光直射或强烈的灯光照射。但光过敏反应的发生可能只需很短的时间,因此,PDT 治疗后的患者必须时刻注意对皮肤及眼睛采取必要的遮阳保护措施。若出现全身光过敏反应,可口服抗过敏药、维生素 C,或肌注苯海拉明 20 mg,1 次/日;光敏性皮炎可局部涂炉甘石洗剂,水泡涂红霉素软膏等。

4.2 治疗部位不适 在治疗后数天内可能出现局部的反应性水肿,也可造成某些不适,如疼痛、呼吸困难、吞咽困难、发热、便秘、尿频、血尿等。遇到上述情况应尽快报告医生处理。予利尿、止痛、消炎治疗后以上症状可消失。

4.3 发热反应 有 1 例患者在用药当天出现 37.9℃ 低热。采取缓慢静滴时可减轻发热反应。如发热 38℃ 以上者可用少量退热药控制,个别高热的患者也可采用物理降温及乙醇擦浴,发热轻者则不必用药降温,常可自然退热。

4.4 其他 对治疗食管中上段肿瘤的患者,尤其要严密监测生命体征^[5],床边需备吸氧装置,治疗后 1~3 d 内注意观察患者有无心功能受损症状。因食管中上段与心脏相邻,照射时很可能对心肌造成损伤,严重时可能致心力衰竭,发现此类异常应及时报告医生,及时处理。

5 小 结

PDT 是肿瘤治疗的新手段,其特点是光敏剂和特定波长

· 临床护理 ·

光照的先后使用,与传统疗法相比,其最大的优点在于可对肿瘤组织进行选择性的破坏,创伤小、痛苦轻、不伤外表,基本无不良反应,反复使用也不会产生耐药性。治疗中既要使病灶区受到激光的充分照射,给药后相当长时间内又要防止皮肤受到阳光或强灯光的照射。在其临床使用中,护理工作面临着许多新问题。本组 20 例患者均顺利完成治疗,均没有发生严重的并发症和不良反应。因此,全程的精心护理是 PDT 治疗中的重要环节,关系到治疗能否顺利进行。

参考文献:

- [1] 王洪武. 现代肿瘤靶向治疗技术[M]. 北京:中国医药科技出版社,2005:60-69.
- [2] 苏颖玲. 光动力治疗恶性肿瘤的临床观察与护理[J]. 护理研究,2009,23(6):1462-1463.
- [3] 刘梅娟,江海燕. 光动力疗法对消化道肿瘤的治疗与护理[J]. 现代消化及介入诊疗,2006,11(2):123-124.
- [4] 缪景霞,朱顺芳,孙红帆,等. 79 例光动力治疗肿瘤患者光过敏反应的预防与处理[J]. 现代护理,2004,10(10):933-934.
- [5] 周燕,孙慧. 光动力疗法治疗中晚期食管癌的观察与护理[J]. 医学信息,2010,23(11):4060-4061.

(收稿日期:2011-01-17 修回日期:2011-05-19)

中心静脉导管质控小组在控制导管相关性感染中的作用研究

刘亚琼

(重庆市涪陵中心医院眼耳鼻喉科 408000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)21-2174-03

中心静脉导管(central venous catheter,CVC)是监测中心静脉压及危重患者静脉给药的有效途径,是现代医学不可缺少的临床工具。但血管内置管并发症发生率也较高,如血管受损、血栓形成及导管相关性感染(CRI)等,其中以导管相关性感染最为严重^[1]。为了规范中心静脉导管护理操作,控制导管相关性感染的发生率,本院自 2007 年 1 月起,由护理部发起成立中心静脉导管质控小组,经过 3 年的临床实践,取得了较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 1 月至 2006 年 12 月接受 CVC 患者 154 例作为 CVC 小组成立前样本,其中男 69 例、女 85 例,年龄 22~80 岁,平均(43.4±11.3)岁。2007 年 1 月至 2009 年 12 月接受 CVC 患者 214 例作为 CVC 小组成立后样本,其中男 119 例、女 95 例,年龄 26~77 岁,平均(40.8±10.2)岁。

1.2 方法

1.2.1 CVC 质控小组人员组成 CVC 质控小组共 6 人,组长由护理部主任担任,组员分别由大内科护士长、大外科护士长、ICU 护士长、院感科具有丰富 CVC 管理经验的 2 名副主任护师担任。

1.2.2 CVC 质控小组工作内容 CVC 质控小组制订 CVC 护理规范及各项规章制度,负责 CVC 置管、会诊及相关的护理指

导和培训工作,对全院 CVC 进行全程质量监控。手术中由麻醉医生执行的 CVC,术后也须向 CVC 质控小组备案。质控小组针对 CRI 发生的相关因素,实行目标性监控管理和 CRI 发生前积极干预,建立完备监测系统,具体工作包括以下三方面。(1)置管前要求:凡需 CVC 置管患者,操作前均向 CVC 质控小组备案,并由小组派成员参加,负责现场指导。要求严格执行操作程序,规范置管前准备,洁净病房空气,停止可能污染室内空气的活动;保持病房安静,所有陪护人员暂时回避;操作者穿一次性隔离衣,戴帽子和口罩,用肥皂洗手或用医院指定的手部消毒液消毒双手。(2)置管中规范:小组成员协助置管,了解穿刺过程。术者应严格无菌技术,按置管程序规范操作。(3)置管后管理:小组成员于术后 24 h 内进行首次回访,倾听患者及护理工作人员的反馈,了解穿刺部位情况。患者住院期间,小组成员定期巡视,重点监控患者的自我护理及护理人员的导管维护。

1.3 观察指标 (1)导管留置时间。(2)导管相关性感染的发生率,计算公式为:导管相关性感染发生率=发生导管相关性感染次数/导管留置总天数×1000%。感染判断标准(符合以下任何 1 项者)^[2]:①穿刺部位红肿、硬结等蜂窝组织炎表现,或有脓性分泌物;②导管尖端细菌培养阳性;或从穿刺部位抽血定量培养,细菌数大于或等于 100 cfu/mL,或细菌数相

当于对侧同时取血培养的 4~10 倍。③中度发热大于或等于 38.5℃,无其他明确感染灶,CVC 拔除后症状消失。(3)感染病原菌:通过血培养和导管尖端培养检测病原菌。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 进行统计分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。留置时间比较采用秩和检验,CRI 发生率比较采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 两组 CVC 一般资料 两组科室分布情况见表 1。原发疾病包括脑血管意外、重症胰腺炎、颅脑外伤、外科大手术(如噬铬细胞瘤、直肠癌、肾癌等)、肺炎合并呼吸功能衰竭等。两组均没有因 CVC 并发症导致死亡病例。

细菌培养结果:CVC 成立前后各有 95 例和 125 例培养出细菌生长。革兰阳性球菌以表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌为主;而革兰阴性杆菌以铜绿假单胞菌和不动杆菌为主。排名前 4 位细菌依次为表皮葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、不动杆菌和铜绿假单胞菌,两组无明显差异。

表 1 两组患者的一般资料(n)

项目	CVC 成立前(n=154)	CVC 成立后(n=214)
科室分布		
ICU	69	118
神经外科	15	19
普外科	12	12
肝胆外科	10	9
心内科	10	8
烧伤科	14	11
其他科室	22	37
穿刺部位		
锁骨下静脉	123	192
颈内静脉	14	4
股静脉	17	18

2.2 两组 CVC 留置时间 CVC 质控小组成立前 154 例患者 CVC 留置时间为 1~65d(中位时间为 17 d),CVC 质控小组成立后 214 例患者 CVC 留置时间为 1~73 d(中位时间为 16 d)。经秩和检验,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

2.3 两组 CRI 发生率的比较 CVC 质控小组成立前共发生导管相关性感染 7 例,CRI 发生率为 8.9%。小组成立后共发生导管相关性感染 4 例,CRI 发生率为 2.7%。经 χ^2 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组留置时间和 CRI 发生率

项目	CVC 小组成立前	CVC 小组成立后
置管总例数(n)	154	214
感染例数(n)	26	16
导管留置总天数(d)	2 921	5 925
中位位置天数(d)	17	16
CRI 发生率(%)	8.9	2.7*

*: $P < 0.05$,与 CVC 小组成立前比较。

3 讨 论

CVC 广泛应用于胃肠外营养支持、血流动力学监测及血

液净化治疗。置管后感染是医院感染中一个相当重要的问题,一旦发生常导致严重的后果^[3]。随着穿刺技术的提高和中心静脉导管材质的改善,在一定程度上降低了 CRI 的发生。但中心静脉置管仍然是菌血症的重要来源,有研究认为 CRI 发生率在 3%~60%之间^[4-5],这不仅加重了患者的痛苦、延长了住院时间,还增加了住院费用、消耗了更多的医疗资源^[6]。因此,有效控制 CVC 导致的 CRI 是护理部和院感科面临的重要课题,具有重大的临床价值。

CRI 相关因素可分为内源性和外源性因素^[7]。内源性因素包括患者年龄、免疫力、基础疾病、血管条件等。外源性因素包括穿刺部位、留置时间、导管材质、管腔过多暴露或堵塞、医护人员的不当操作等。因此,若要降低 PICC 置管期间的导管相关性感染率,必须从患者内源性因素和与操作有关的外源性因素两个方面加以控制^[8]。

美国疾病预防与控制中心明确指出,专业静脉治疗小组可以降低导管相关感染及其他并发症的发生率^[9]。为进一步提高 CVC 操作的安全性,控制 CRI 发生,减轻患者的痛苦,提高其生存质量,本院于 2006 年底成立 CVC 质控小组。质控小组成立初期,调查本院 CVC 导致的 CRI 发生的相关危险因素,借鉴 2002 年美国疾病预防控制中心(CDC)有关 CRI 预防指南和静脉输液协会的输液实践标准,结合本院的实际情况,制订系列 CVC 护理规范,包括 CVC 标准化操作和维护流程、经 CVC 取血培养的操作流程、导管尖端培养操作规程等。

CVC 质控小组通过讲座、授课等多种方式对全院护理人员进行 CVC 相关知识的继续教育,进行置管和导管维护能力的培训,并要求每科培训并固定 1~2 名高年资护士进行 CVC 置管工作。在 CVC 置管过程中,质控小组成员进行现场干预,对置管操作进行现场评估,了解操作中的缺陷,及时纠正不当操作。在置管后的维护中,质控小组针对 CRI 发生的相关因素,采取目标性监测,建立完善的监测系统,包括 CVC 每日统计表格、CVC 动态护理记录单、CRI 报告制度等。

通过 CVC 质控小组的工作,对 CVC 进行全程质量监控,不但包括置管前及置管中的各个环节,而且包括置管后患者的自我护理和科室护理人员的导管维护,提高了 CVC 护理质量,最大限度减少了外源性因素的影响,明显降低了发生导管相关性感染的风险。在 CVC 质控小组成立后,本院 CRI 的发生率(2.7%)显著低于 CVC 质控小组成立前(8.9%),与其他文献^[5]报告有较大差别,在于 CRI 发生率计算公式的差异。国内资料在进行感染率的统计时,未考虑导管留置天数对感染率的影响,只单一地计算细菌培养的阳性率便作为 CRI 的感染率。因此,CVC 质控小组工作的开展能有效降低 CVC 导致的 CRI 发生,值得进一步推广。

参考文献:

[1] Mermal LA. Prevention of Intravascular catheter related infections[J]. Ann Intern Med,2000,132(5):391-402.
 [2] Clinical Practice Guidelines on prevention of Central Venous Catheter related infections[S]. Central Committee on Intensive Care, Hospital Authority, Hong Kong,2006.
 [3] Eggimann P. Diagnosis of intravascular catheter infection [J]. Current Opin Infect Dis,2007,20(4):353-359.
 [4] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An Intervention to Decrease Catheter-related Bloodstream Infections in the ICU [J]. N Engl J Med,2006,355(26):2725-

2732.

[5] 刘文海, 阎波. 1 100 例中心静脉置管相关性感染调查 [J]. 世界急危重病医学杂志, 2004, 1(1): 43-44.

[6] 王萍, 张敏, 程丕叶. 经外周静脉置管的护理体会及并发症防治 [J]. 中国医疗前沿, 2008, 3(4): 117-118.

[7] 张蕾蕾, 王欣然, 周亚娟. PICC 导管感染的相关因素的研究进展 [J]. 现代护理, 2006, 12(4): 312-313.

[8] 唐永红, 崔燕萍, 张惠英, 等. PICC 小组在控制导管相关

性感染中的作用 [J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(5B): 771-772.

[9] Ray C. Infection control principles and practices in the care and management of central venous access devices [J]. J Intraven Nurs, 1999, 22(65): 18-25.

(收稿日期: 2010-11-03 修回日期: 2011-02-22)

前列腺增生症患者健康教育的需求调查分析

孔德明, 胡光曦, 万 丽

(重庆市第九人民医院手术室 400700)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2011. 21. 047

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)21-2176-01

前列腺增生症是泌尿外科的常见疾病, 随着医疗手段的提高, 患者手术的成功率逐渐提升, 同时也对护理质量提出了更高的要求。长期以来, 护理工作都以常规护理操作为主, 但健康教育在患者康复中的作用日益凸显, 因此, 加强对患者的健康教育尤为重要。本文基于对前列腺增生症患者所需健康教育内容进行的调查, 明确了患者在住院期间最为关切的几个健康教育内容, 对护理工作重点的明确有一定积极意义, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本调查对象为前列腺增生症患者 47 例, 均为男性, 年龄 57~89 岁, 平均 73.5 岁。其中高中及以上文化程度 26 例, 初中及小学文化程度 18 例, 未受过任何教育者 3 例。

1.2 方法 采用作者自行设计的“患者对护理人员健康教育需求”的问卷调查表, 健康教育调查项目采用多项选择法, 调查者以问题方式与被调查者直接交谈, 详细讲解问卷中各项问题以及填表要求, 患者完全理解后填写。对 3 例未受过任何教育的患者, 其问卷由患者回答, 然后由调查者代为填写。调查时间均选择在患者手术后待出院前。本调查共发放问卷 47 份, 回收有效问卷 47 份。调查者依据每项内容被选择的次数进行排序。

2 结 果

2.1 患者在住院期间对护士健康教育需求的内容及调查结果 前列腺增生症患者在住院期间最了解的依次是有关前列腺增生症的知识、采取的治疗手段和该病的预后情况、该病可能会出现并发症及并发症的处理方法, 见表 1。

表 1 患者在住院期间对健康教育需求的内容及调查结果

排序	健康教育内容	被选择次数
1	疾病知识	47
2	手术方式及预后	44
3	并发症及处理	39
4	与手术相关的饮食、药物	25
5	心里咨询与辅导	20

2.2 患者在出院时对护士健康教育需求内容及调查结果 前列腺增生症患者在出院时对护士健康教育内容的需求依次为

复诊指导、休息指导、功能锻炼指导等, 见表 2。

表 2 患者在出院时对健康教育需求的内容及调查结果

排序	出院健康教育内容	被选择次数
1	复诊指导	45
2	休息指导	41
3	功能锻炼指导	37
4	卫生保健指导	26
5	饮食指导	25

3 讨 论

随着医学模式的转变, 护理工作领域的逐渐扩大, 护士根据患者的需要进行具体的健康教育和健康指导是以患者为中心的集中表现^[1]。作者在临床工作中发现有相当多的护理人员只注重执行各项治疗及常规护理工作, 护士的健康教育水平和教育方式与患者期望值之间存在差距。对此, 了解患者所需要的健康教育内容对患者的康复和护理工作质量的提升尤为重要。

本调查发现, 前列腺增生症患者住院期间最想了解相关疾病知识、治疗方案与预后效果、是否会发生并发症及处理方法。因此, 护士应根据患者需要选择合适的教育内容, 内容应注重疾病知识、治疗方案的介绍, 并协同患者了解治疗情况, 应向患者解释特殊检查、手术的有关问题, 解除患者顾虑, 促使其生理、心理康复, 提高生活质量。患者康复出院时的调查显示患者对复诊指导、休息指导、功能锻炼指导需求大, 但是患者出院时的健康教育内容不同, 不能千篇一律, 应根据患者的需要寻找相应对策开展健康教育。出院患者的健康教育应选择在出院前 1 d, 告知其复诊、用药、饮食、活动、休息、功能锻炼等相关知识。值得注意的是, 教育过程中内容应通俗易懂, 有所侧重, 分段分时。每次教育的内容不宜太多, 否则会使患者感到疲劳及增加患者负担, 达不到效果^[2]。

为提高健康教育效果, 要求在患者入院后, 护士首先对患者的知识水平及健康教育需求进行评估。根据患者的需求制订个性化的健康教育计划, 以满足患者身心需求。前列腺增生症患者年龄都较大, 其文化程度也不同, 理解能力、接受能力及记忆力等都有很大的区别, 这就要求护理人员在教育形式上因人而异, 因病施教。比如对文化程度较低、病(下转第 2180 页)