

2.0~2.7,有效氯浓度为(60±20)mg/L;0.9%氯化钠溶液以及常规口腔护理包。

1.2.2 操作方法 (1)每天护理操作前后检查口腔黏膜有无症状、口腔异味、充血、糜烂、溃疡、出血、黏膜白斑,以及舌苔的变化,观察时间为1个月。(2)对于有义齿的患者,应取下义齿放在0.9%氯化钠溶液杯中保存,实验组用酸性氧化电位水浸泡无菌棉球,对照组用0.9%氯化钠溶液浸泡无菌棉球。严格按照口腔护理常规执行^[3],对牙齿、牙龈、颊部黏膜和舌、硬腭等进行缓慢擦洗。(3)鼓励咀嚼,促进细胞活动,促进唾液分泌。

1.2.3 判断标准 并发症的评估使用口腔评估指南^[4]。着重观察口腔黏膜牙龈有无充血、水肿、糜烂、溃疡及分泌物,每隔5d于口腔护理前后2h采样,即操作者取无菌棉拭子于上腭中心自转1周,30min内送检真菌涂片及培养。

1.2.4 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件进行分析,计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组口腔护理效果比较,实验组患者口腔异味、炎症、溃疡及真菌感染发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者口腔异味、炎症、溃疡及真菌感染发生情况[n(%)]

组别	n	口腔异味	口腔炎症	口腔溃疡	真菌感染
实验组	43	13(30.2)	3(7.0)	1(2.3)	2(4.7)
对照组	43	27(62.8)	15(25.6)	8(18.6)	9(21.0)
χ^2		9.16	5.46	6.08	5.11
P		0.020	0.019	0.014	0.024

3 讨论

酸性氧化电位水是一种由特殊电解装置电解食盐水而形成的功能水。因其具有良好的杀菌效果,且不形成有害物质,被广泛应用于临床。据研究报道,酸性氧化电位水可以杀灭包括金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、铜绿假单胞菌、念珠菌、淋球菌、肺炎链球菌及乙肝病毒等在内的多种病原微生物^[5]。同时,其对金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、粪肠球菌及绿脓杆菌等菌种的杀灭时间均小于10s,杀灭率大于99.90%^[6]。由此可见,酸性氧化电位水杀菌作用切实而广泛。

口腔溃疡及感染是白血病患者化疗后常见的并发症。其主要原因是患者骨髓造血功能障碍,机体免疫功能低下,加之寄居口腔的正常菌群大量繁殖,产生叫噪、硫氢基及胺类等物质破坏了口腔的微环境,进而引起口腔炎症;如果进一步发

• 临床护理 •

展可导致口腔黏膜受损而形成口腔溃疡。为此,预防和治疗化疗后患者口腔炎症及溃疡的发生对提高患者的生活质量尤为重要。本实验将酸性氧化电位水作为口腔护理液,与传统口腔护理液(0.9%氯化钠溶液)进行比较。结果发现,酸性氧化电位水能有效减少口腔异味、口腔炎症、口腔溃疡的发生及降低口腔真菌感染的发生率。酸性氧化电位水这一疗效机制可能与以下两方面有关:(1)酸性氧化电位水中的活性氧、氯等物质与病原微生物的氨基酸发生特异反应,使蛋白质和核酸合成受阻,导致细胞膜破裂从而灭杀微生物^[7-8]。(2)酸性氧化电位水促进伤口肉芽组织生长,缩短伤口愈合时间^[9-10]。此外,在本实验研究中还发现酸性氧化电位水易受光线、空气、温度等外界条件的影响,临床应用最好现用现制,如需保存,应在密闭容器内避光放置,并且保存时间不宜过长。总之,随着广大医务工作者们对酸性氧化电位水的认知度不断提高,酸性氧化电位水在医疗卫生领域的消毒工作中的应用将越来越广泛。

参考文献:

- [1] 欧盛.白血病患者化疗后继发口腔溃疡临床护理对策[J].中国医药指南,2012,10(4):266-267.
- [2] 郝秀珍.奥硝唑结合酸性氧化电位水漱口液在口腔颌面外伤患者中的应用研究[J].国际护理学杂志,2013,32(1):198-201.
- [3] 李冰,朱江.护理技能操作标准与语言沟通[M].北京:人民军医出版社,2009:17-21.
- [4] 王颖雯,沈国妹.肿瘤患儿化疗后口腔并发症观察与护理干预[J].上海护理,2009,9(1):41-44.
- [5] 张雅茹,朱雪梅.酸性氧化电位水在医院消毒供应中心的应用[J].天津护理,2011,19(3):184-185.
- [6] 张学辉,马军,邓桦,等.酸性氧化电位水技术研究现状与展望[J].医疗卫生装备,2010,31(8):45-47,52.
- [7] 王文清,陈红梅,张选明,等.酸性氧化电位水制备和杀菌机理的研究进展[J].现代化工,2008,28(11):24-28.
- [8] 曾新平,唐文伟,庄琳懿,等.酸性氧化电位水的研究进展[J].中国消毒学杂志,2008,25(1):67-69.
- [9] 糜琛蓉,钱培芬,陶祥龄.高氧化还原电位酸性水的使用与展望[J].上海护理,2005,5(4):58-60.
- [10] 李红波,郗淑文.酸性氧化电位水、康复新液、蛋白粉联合运用治疗压疮的疗效观察及护理[J].护士进修杂志,2011,26(4):369-370.

(收稿日期:2013-10-28 修回日期:2014-02-23)

风险管理在急诊剖宫产患者护理中的应用

陈惠梅

(海南省海口市海南医学院附属医院妇产科 570102)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.14.057

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)14-1819-02

护理风险是指在护理过程中可能发生的一切不安全事件,

不仅影响着护理质量,同时容易引发医患纠纷^[1]。风险管理是

对潜在的护理风险进行预先评估、识别,并采取有效的方法尽可能减少医疗不良事件发生的管理程序。风险管理可提高护理质量,减少护理风险的发生^[2]。急诊剖宫产手术关系母子健康,患者及家属的期望值较高,对此类患者加强安全意识和风险防范尤为重要^[3]。为了探讨风险管理在急诊剖宫产手术患者中的应用价值,本院近 3 年来对急诊剖宫产患者实施护理风险管理,降低了护理不良事件的发生,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2012 年 12 月本院妇产科对急诊剖宫产患者 682 例施行护理风险管理作为观察组。产妇产龄 21~35 岁,平均(26.8±7.2)岁,孕周 36~41 周,平均(938.9±2.1)周,初产妇 602 例,经产妇 80 例。其中,急性胎儿宫内窘迫 268 例,试产失败 143 例,产前出血 117 例,前置胎盘 92 例,胎盘早剥 62 例。2007 年 1 月至 2010 年 12 月本院未实施护理风险管理的急诊剖宫产手术患者 568 例作为对照组,年龄 20~35 岁,平均(26.6±7.3)岁,孕周 36~41 周,平均(38.9±2.1)周,初产妇 498 例,经产妇 70 例。其中,急性胎儿宫内窘迫 186 例,试产失败 116 例,产前出血 88 例,前置胎盘 73 例,胎盘早剥 43 例。两组患者年龄、孕周、产次差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 风险管理实施

1.2.1 成立急诊剖宫产护理风险管理小组 成立以护士长为组长,高年资专科护士 3~5 名为组员的护理风险管理小组。负责对急诊剖宫产患者潜在的护理风险进行汇总成册,制订该类患者的护理流程和护理计划,制订护理规章制度并指导落实,负责护士的培训和考核,同时负责护理不良事件发生后的解释和处理事宜。

1.2.2 制订急诊剖宫产患者护理规章制度和流程 结合科室实际情况,护理风险管理小组制订急诊剖宫产的护理规章制度和流程,主要涉及接诊、风险评估、风险告知、术前准备、转送及交接、各种护理操作常规、术中及术后护理、胎儿护理、健康教育等。

1.2.3 强化对急诊剖宫产患者的风险防范意识 要求科室所有护理人员有“风险无处不在”的意识,对每一名急诊剖宫产患者进行护理风险评估,尽可能发现潜在的风险,及时防范,尽量减少不良事件的发生。要求护士有高度的责任心,责任落实到个人。

1.2.4 强化护士的护理质量和服务意识 严格护理操作技术的培训,提高护理质量。强化以患者为中心的服务意识,注重与患者及家属多沟通、多交流,取得患者及家属的理解,解除其后顾之忧。

1.2.5 培养精湛的急救护理技术和良好的心理素质 对每名护士均进行急救护理技术培训,熟练掌握急救药品及器材的位置、使用方法,掌握基本急救技术,并且考核达标后方能上岗。同时,培养护士良好的心理素质,面对风险及不良事件的发生沉着应对。

1.3 观察指标 采用自制护理综合评分量表及患者满意度调查表分别进行护理综合评分及患者满意度调查。对比分析两组患者护理不良事件、护患纠纷的发生率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组护理综合评分显著高于对照组($t=64.208, P<0.05$),出院后患者对护理工作满意度调查发现观察组患者满意

度显著高于对照组($\chi^2=36.858, P=0.000$)。观察组护理不良事件发生率(1.8%)较对照组(9.2%)显著降低($\chi^2=34.890, P=0.000$),护患纠纷发生率(0.3%)低于对照组(1.2%),但差异无统计学意义($\chi^2=2.6228, P=0.1053$),见表 1。

表 1 两组患者护理情况对比

组别	<i>n</i>	护理综合评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	患者满意度 [<i>n</i> (%)]	护理不良事件 [<i>n</i> (%)]	护患纠纷 [<i>n</i> (%)]
观察组	682	98.3±1.2*	668(97.9)*	12(1.8)*	2(0.3)
对照组	568	90.2±2.8	511(90.0)	52(9.2)	7(1.2)

*: $P<0.01$,与对照组比较。

3 讨论

急诊剖宫产患者往往起病急、进展快,如处理不当可危及母婴安全。该类患者从接诊至出院的整个过程中的任何环节均潜在不确定性护理风险。然而,护理风险是可以防范的。护理风险管理的目的是积极预防不良事件的发生,在护理工作中起着重要的指导和规范作用^[4-5]。本组资料显示,护理风险管理不仅提高了护理质量和患者护理满意度,同时还降低了护理不良事件的发生。

急诊剖宫产的风险管理应规范化、科学化、个体化,首先应建立管理组织,成立急诊剖宫产护理风险管理小组,负责规章制度的制订和落实,完善风险防范措施,起到指导和规范作用,严格要求,科学管理。其次,要充分对每名患者进行风险评估,对潜在的风险做到心中有数,有计划、有目的地采取防范措施^[6-7]。另外,要提高护理技术水平和服务意识,增强护士的责任心和风险防范意识^[8]。同时还应具备熟练的急救技术和良好的心理素质。风险管理应涉及护理工作的各个环节,同时注重细节,真正做到防患于未然。我们体会,对急诊剖宫产患者实施风险管理,使护理流程更加规范、细致、科学。同时使护理人员的技术水平和服务质量不断提高,风险防范意识不断提升。护理人员的责任更加明确,出现不良事件时能够将责任落实到个人。通过系统化培训和考核,使整个护理队伍的业务水平和整体素质提升,各项护理工作更加流畅,在面对急诊剖宫产患者时能够真正做到急而不乱,能够以高度的责任心和敏锐的观察力投入到各项护理工作中,能够尽量减少各个护理环节的潜在风险。护理人员和患者之间多沟通,能够相互理解,融洽了护患之间的关系,减少护患纠纷的发生。

医疗风险存在于医疗活动的全过程,风险管理作为一种先进的管理方式已被广泛应用于卫生管理领域,加强风险管理,对现有的和潜在的医疗风险的识别、评价与处理,预防风险的发生,才能保障医疗安全和质量^[9-10]。对急诊剖宫产患者实施护理风险管理,不仅能够提高护理质量,还能有效减少护理不良事件发生,值得临床推广应用。当然,急诊剖宫产护理风险管理没有固定的模式,应根据不同医院、不同患者的实际情况,制订个体化、规范化、科学的管理模式,仍需在临床护理工作中不断探讨完善,尽量减少不良事件的发生。

参考文献:

- [1] 周汉仁. 护理风险事件的分析与管理对策[J]. 中国临床护理, 2012, 4(6): 536-537.
- [2] 林淑燕. 风险管理在产房护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(36): 46-47.
- [3] 刘辉, 闫秋菊, 杨婷. 急诊剖宫产手术的护理风险及防范措施[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(22): 101-103. (下转第 1824 页)

· 短篇及病例报道 ·

利多卡因胶浆引起胃肠道过敏症状 1 例

李寿兰, 甘晓琴, 刘 宿

(第三军医大学大坪医院麻醉科, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.14.060

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)14-1824-01

局部麻醉药物(简称:局麻药)不良反应以皮肤过敏反应为主,严重时可出现过敏性休克,喉头水肿,但以恶心、腹痛等肠道为过敏表现者临床上较少见。近期本院内镜中心发生了 1 例由局麻药引起的胃肠道过敏症状,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,22 岁,因常规查体来本院就诊,拟行无痛胃镜检查。患者在麻醉前评估中诉其曾在院外门诊直接测眼压滴“局麻药”(具体药名不详)时发生头晕、寒战,疑为“局麻药过敏”。患者在胃镜检查前肝功能、心电图、出凝血时间、血压、脉搏等各项检查均无异常,检查前 10 min 口服 1 支利多卡因胶浆(每支 10 mL)以消除消化道泡沫,服药后 2 min 患者自述感觉胃部隐痛、恶心,未做任何处理,也未引起医生重视。服药 10 min 后,在静脉麻醉下,按正规操作流程行胃镜检查,检查过程顺利,检查时间 2 min,无异常发现。检查结束后安全送至麻醉复苏室进行复苏,20 min 后患者意识清醒后端坐,数分钟后发现该患者精神状态欠佳,并诉心悸、头晕、腹痛、恶心。麻醉护士立即将患者平卧,给予低流量吸氧,同时监测氧饱和度、心电图、血压、脉搏无异常,并及时给予患者心理安抚。仔细询问操作者并调录像资料观察,未发现有损伤的情况,同时检查四肢、躯干也未发现皮疹或风团等过敏症状。考虑患者曾有局麻药过敏史,结合口服的胶浆中含有利多卡因,并且患者在口服胶浆后不久就出现了胃部不适的感觉,首先,考虑是胃肠道的过敏反应,过敏原首先考虑是利多卡因。立即给予静脉推注地塞米松 10 mg,持续给予低流量吸氧,监测心电图、血压、脉搏。20 min 后患者腹痛症状消失,精神状态恢复正常。1 h 后患者完全恢复步行离院。

2 讨 论

利多卡因属于酰胺类,穿透力大,生效快,时间长,是理想的局麻药,引起的过敏反应非常少见。药典上未要求用药前进行过敏试验^[1]。多表现在酯类局麻药(如普鲁卡因),分延迟反应和即刻反应。延迟反应多为血管神经性水肿,偶见荨麻疹、药

疹等;即刻反应是当用极少量的药物后,突然发生惊厥、昏迷、呼吸心跳骤停而死亡,但二者均不多见。酯类局麻药所含的对氨基化合物可形成半抗原,以致引起变态反应;酰胺类则不能形成半抗原,故引起变态反应者极为罕见^[2]。过敏反应在胃肠道的表现为恶心、腹痛等,临床上较少见。对药物引起的过敏反应以预防为主,医生在检查前仔细询问患者过敏史,用药史及家族史^[3]。由于胃镜检查 95% 以上都是门诊患者,检查前一般只做心电图,检查项目单一,患者的潜在疾病对能不能承受麻醉不容易发现。为避免发生意外,每次检查前由麻醉医师详细询问病史,并将详细病情、处理预案记录在门诊病历本上,并做好相关登记。对有特殊病情、过敏史、敏感体质的患者在整个检查过程中应作为重点观察对象,根据麻醉预案,在检查前准备好抢救仪器和急救药品,服药后密切观察患者反应,对门诊患者病情筛查尤应重视。平时要增强防范意识,仔细询问病史,加强医护人员急救知识学习,以防意外^[4]。利多卡因胶浆过敏极为罕见,通过此病例,对有“过敏史”患者,每次应慎用,检查前病情筛查同检查过程一样重要,并要进行详细登记。检查过程中要认真观察患者病情变化,并保留相关检查资料,进行电话回访。

参考文献:

- [1] 魏淑明,李继云,殷彦良,等.利多卡因过敏反应 1 例报告[J].临床误诊误治,1999,12(1):64.
- [2] 庄心良,曾因明,陈伯銮.现代麻醉学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2003:607-608.
- [3] 程先青,陈家骅,赵家贵,等.利多卡因的过敏反应[J].安徽医药,2010,14(9):1106-1108.
- [4] 郭宏,房倩华.利多卡因过敏反应 1 例报道[J].临床误诊误治,2010,23(10):918-919.

(收稿日期:2013-11-04 修回日期:2014-02-08)

作者简介:李寿兰(1978—),护师,本科,主要从事临床护理工作。

(上接第 1820 页)

- [4] 杨丽娟,张秀凤.护理风险管理在急诊科病人安全管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2009,15(23):2313-2314.
- [5] 张淑琴.护理风险管理在呼吸内科病房中的应用[J].中华现代护理杂志,2010,16(18):2189-2191.
- [6] 袁景馨,魏艳丽,尤丽娜.护理风险评估与护理管理干预[J].中国误诊学杂志,2011,11(5):1116-1117.
- [7] 郭晓菊,刘海容,王芳英,等.临床护理风险评估及护理对策[J].中国误诊学杂志,2011,11(14):3386-3387.

- [8] 方芳,陈永红.浅析临床护理的常见风险及防范措施[J].西南军医,2012,14(1):174-175.
- [9] 余江,王振维.加强风险管理 提升医院承担社会责任的能力[J].重庆医学,2010,39(11):1462-1463.
- [10] 熊利芳,陈艳.手术室护理临床教学中的风险管理[J].重庆医学,2011,40(23):2391-2392.

(收稿日期:2013-11-12 修回日期:2014-01-05)