

表 2 影响手术切口感染危险因素的多元 Logistic 分析

变量	$\beta$	$\chi^2$	$P$	RR	95% CI
体重指数	1.148	4.690	0.012	1.562	1.024~2.983
手术参观人数	1.640	5.128	0.001	1.985	1.305~3.480
层流洁净系统	0.840	3.609	0.031	1.608	1.243~3.108
手术时间	2.107	9.681	<0.001	2.408	1.679~5.804

### 3 讨论

本研究显示,对影响手术切口感染的相关危险因素进行分析后发现,体重指数、手术参观、层流洁净系统、手术时间是危险性因素,  $P < 0.05$ 。①体重指数:体重指数越高,患者脂肪组织的血流量及血容量相对较低,导致供血少的器官组织感染率明显增加,另外由于脂肪组织的相对较厚,患者手术时间相对延长,而长时间的手术将增加手术感染的概率;②手术参观:手术室参观人员越多,流动量大将显著增加空气中的细菌数量及种类,增加手术切口感染;③层流洁净系统:层流手术室与非层流手术室相比较,可明显降低手术室内的细菌浓度<sup>[4-5]</sup>,因而一定程度上降低了手术切口接触细菌的数量,降低了细菌感染率;④手术时间:手术时间的延长将导致手术创面的细菌数量明显增加,加之手术时手术部位若受到长时间的牵拉,损伤组织暴露于空气中,容易引发感染,另外出血及麻醉时间延长可降低患者术后的抵抗力<sup>[6-7]</sup>,增加手术感染率。

针对上述引发手术室切口感染的相关危险因素,笔者提出相关的护理对策如下:①体重指数:对于体重指数过高的患者,在短时间内无法实现下降的目的,可通过调整患者身体状况、营养状况,提升机体免疫力来实现减少感染的目的;②手术参观人数:术前严格控制

手术参观人数,对提出手术参观要求的患者家属说明手术参观与切口感染的关系,在条件许可范围内,护理人员可拒绝参观要求,即使参观亦执行严格的无菌化原则,如更衣、戴口罩等;③层流洁净系统:在院内条件许可的情况下尽可能采用层流手术室进行手术,即使采用非层流手术室,亦须在常规消毒的基础上再次消毒 30 min 以上;④严格控制手术时间:术前对伴有严重基础疾病、腹部手术史的患者进行术前评估,制定完善的手术计划,术中护理人员做好手术协助工作,协助手术医师顺利地完手术,并尽可能缩短手术时间,对于手术皮肤破损,身体抵抗力差、已经感染的患者,建议医师延期进行手术。

### 参考文献:

- [1] 农跃. 腹部手术切口感染的原因探讨[J]. 当代医学, 2013, 19(6):96-97.
- [2] 曾莹, 马晓玲. 手术室预防医院感染的护理措施[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(8):1667-1668.
- [3] 袁力. 手术切口感染患者病原菌分布及耐药性调查研究[J]. 河北医学, 2014, 20(2):231-234.
- [4] 高新云, 罗晓明, 施安娜, 等. 手术切口感染病原菌分析及管理策略[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(6):496.
- [5] 王伟红. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(9):786.
- [6] 金涛林, 胡宏东. 右美托咪定对硬膜外麻醉下宫颈癌根治术患者免疫功能的影响[J]. 当代医学, 2013, 19(16):137-139.
- [7] 刘瑜. 普外科手术切口感染危险因素分析及预防策略[J]. 西部医学, 2012, 24(7):1343-1344.

收稿日期:2014-08-27

## 早产儿喂养不耐受的临床观察与护理

韦艳珍

(广西百色市妇幼保健院内儿科, 广西 百色 533000 E-mail: wyzyan77@sina.com)

关键词: 喂养不耐受; 婴儿, 早产; 护理

中图分类号: R473.72

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2015)02-0345-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.02.077

喂养不耐受(Feeding Intolerance, FI)是指早产儿由于胃肠道功能发育不成熟, 开奶后容易出现胃潴留、呕吐、腹胀、排便不畅等现象<sup>[1]</sup>。喂养不耐受影响早产儿机体内环境的稳定及生长发育, 肠道喂养的进展缓慢通常导致肠外营养的延迟, 长期胃肠外营养可造成肠黏膜萎缩、乳糖缺乏、代谢紊乱等一些系列不良情况, 削弱胃肠功能和结构的完整性, 而这将使早产儿易患上新生儿坏死性小肠结肠炎、胆汁淤积症、血源感染及肝功能障碍, 使其存活率下降<sup>[2]</sup>。2010 年 1 月~2014 年 5 月我院内儿科收治早产儿中出现不同程度的喂养不耐受 27 例, 现将护理体会总结报告如下。

### 1 资料与方法

本组病例 27 例, 其中男 18 例, 女 9 例, 胎龄(31.5 ± 0.9)周, 出生体重(1.5087 ± 0.296) kg, 头围(29.5 ± 1.5) cm, 身长(41.7 ± 2.5) cm, 分娩方式: 顺产 21 例, 剖宫产 6 例; Apgar 评分: 1 min(7.0 ± 2.0)分, 5 min(8.3 ± 0.9)分。所有患儿在排除有先天性消化道畸形或遗传代谢性疾病后均符合以下喂养不耐受判断标准<sup>[3]</sup>: ①频繁呕吐, 每天 > 3 次; 腹胀(24 h 腹围增加 > 1.5 cm, 伴有肠型)。②胃残余超过上次喂养量的 1/3 或 24 h 胃残余量超过喂养总量的 1/4 或持续喂养时超过 1 h 的量。③胃残余被胆汁污染。④胃内咖啡

样物,大便潜血阳性。⑤大便稀薄,还原物质超过2%(乳糖吸收不良)。⑥第2周末摄入量 $<8\text{ ml}/(\text{kg}\cdot\text{次})$ 。⑦奶量不增或减少,持续 $>3\text{ d}$ ,体重不增。所有患儿入院后均在积极治疗原发病的基础上给予保暖、采用谷氨酰胺、肠道生态制剂、促胃肠动力等药物进行治疗,同时给予对症治疗、预防感染和静脉营养支持治疗等。

## 2 结果

27例喂养不耐受的早产儿经积极治疗和精心护理后,其中1例患儿经家属强烈要求转上一级医院治疗、2例家属自动放弃治疗出院,余24例均治愈出院。24例患儿恢复到出生体重时间为 $3\sim 15\text{ d}$ ,平均 $(7.5\pm 2.0)\text{ d}$ ;达到完全肠内喂养时间 $12\sim 28\text{ d}$ ,平均 $(16.5\pm 3.5)\text{ d}$ ;住院天数 $20\sim 45\text{ d}$ ,平均 $(25.5\pm 5.5)\text{ d}$ 。

## 3 讨论

3.1 病情观察 早产儿喂养不耐受的临床特征有胃潴留、呕吐、腹胀等表现,因此责任护士在新生儿早期及开始肠道喂养1周内应严密观察早产儿有无呕吐,如有呕吐者观察并记录呕吐的次数、量和性状。每次喂奶之前,检查早产儿有无腹胀、胃内有无残留,若有残留观察并记录残留量、性状。观察早产儿腹部体征,听诊肠鸣音情况,观察并记录早产儿每日大便的次数、量和性状。本组27例喂养不耐受早产儿中出现单纯呕吐3例(11.11%),单纯腹胀2例(7.41%),单纯胃潴留2例(7.41%);同时发生呕吐和胃潴留1例(3.70%),胃潴留和腹胀1例(3.70%),呕吐和腹胀1例(3.70%),3个症状同时发生17例(62.96%)。出现呕吐的时间为患儿日龄 $1\sim 2\text{ d}$ 、开始肠道喂养后至第2d,腹胀出现的时间患儿日龄 $2\sim 5\text{ d}$ 、开始肠道喂养后15h至第3d,胃潴留出现时间为患儿日龄 $2.75\sim 7.25\text{ d}$ 、开始肠道喂养后15h至第3d。

### 3.2 护理

3.2.1 体位护理 由于胎龄不足,适应外界环境的能力差,合适舒适的体位能促进胃内食物的排空,降低患儿胃及腹部压力,减少胃食管反流的现象,同时促进食管的酸清除功能,体位护理是早产儿基础护理的组成部分<sup>[4]</sup>。用浅色全棉柔软布巾及弹力棉模拟子宫环境自制“鸟巢”,把患儿放置于其中,手足能触及“鸟巢”周边,增强患儿的安全感。喂奶时采取 $15^\circ\sim 20^\circ$ 的头高脚低位,喂奶结束后取右侧卧位并保留30min,或根据患儿病情给予头抬高 $15^\circ$ 俯卧位1h。俯卧位时注意观察患儿呼吸、心率等变化,确保卧位时的安全。

3.2.2 非营养性吸吮 非营养性吸吮可有助于患儿尽早建立节律的吸吮模式,改善其吸吮功能和吞咽协调能力,促进胃肠道的生长、发育和功能成熟,提高胃肠营养的耐受性,有助于从胃管喂养过渡到经口喂养。本组患儿均在每次喂奶前后 $10\sim 15\text{ min}$ 采用空的未开孔橡胶奶头让患儿进行吸吮 $10\sim 15\text{ min}$ ,每天7~8次,对吸吮能力欠佳患儿,每隔 $2\sim 3\text{ h}$ 用橡皮奶头或棉签或护士戴手套轻轻刺激患儿口腔诱发其吸吮反射。

3.2.3 洗胃护理 早产儿在分娩过程中吞入羊水过

多或吞入被胎粪或母血污染的羊水,刺激胃黏膜,导致胃酸及黏液分泌亢进而引起呕吐或腹胀,发生喂养不耐受现象,洗胃可以把胃内的分泌物彻底清洗干净,可有效预防呕吐和腹胀,降低喂养不耐受<sup>[5]</sup>。本组患儿均在出现呕吐时采用1%碳酸氢钠给予常规洗胃,洗胃液温度 $35\sim 36^\circ\text{C}$ 为宜,用量按 $<1\ 500\text{ g}$ 体重者每次5ml, $>1\ 500\text{ g}$ 体重者每次10ml,洗胃液总量 $50\sim 100\text{ ml}$ ,注入速度一般为30s注入15ml,直至抽吸液清晰。洗胃过程中注意观察患儿面色、心率、呼吸的变化,洗胃动作应轻柔,并不时变动胃管方向及更换体位,防止长时间冲洗胃黏膜某处导致损伤,洗胃后2h后可给予非营养性吸吮,禁食 $2\sim 3\text{ h}$ 。

3.2.4 喂养护理 ①禁食:患儿出现喂养不耐受时应给予禁食,但应尽量缩短禁食时间,保持微量喂养。本组27例早产儿喂养不耐受后均给予洗胃、禁食 $2\sim 3\text{ h}$ 等措施后采取微量喂养,开始每次 $1\sim 2\text{ ml}$ ,间隔6h喂养1次,观察患儿耐受情况,以后根据患儿消化情况逐渐缩短喂养间隔时间,增加每次喂养量,直至患儿喂养耐受,喂奶量达 $160\sim 180\text{ ml}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。②喂奶量:由于早产儿胃肠能耐受的喂养量很低,喂奶量的增加以缓慢添加为原则,不宜超之过急,缓慢增加喂奶量可提高喂养耐受性。③喂奶方式:胎龄 $<32$ 周早产儿由于呼吸、吸吮、吞咽的协调能力低,均采用插胃管管饲方式喂养,尽量采用微量泵泵入。对纠正胎龄 $>32$ 周、体重 $>1\ 500\text{ g}$ 可采用经口喂养,若患儿吸吮有力、吞咽动作协调、无呛咳可保留胃管,如经口喂养不足再从胃管补充。④喂养注意事项:每次喂奶前应观察胃残余量,如胃残余量超过上次喂奶量的50%,且患儿腹胀明显,应暂停喂奶1次。胃残余量小于上次喂奶量的50%,患儿无腹胀、腹部柔软、肠鸣音 $3\sim 5$ 次/分,将胃残余量重新注入胃内,补足当次喂奶量即可;若患儿腹胀明显、肠鸣音少于3次/分或听诊腹部有气过水声样肠鸣音,给予暂停喂奶,至患儿腹胀消失、肠鸣音正常、胃内无滞留再继续喂养。

3.2.5 腹部抚触 每次喂养后 $30\sim 60\text{ min}$ ,在患儿安静状态下,责任护士用掌心或食指、中指、无名指指腹以患儿脐为中心由内向外、自右下腹 $\rightarrow$ 右上腹 $\rightarrow$ 左上腹 $\rightarrow$ 左下腹按顺时针方向进行腹部环形抚触,抚触时动作轻柔,用力平稳、均匀、适宜,先轻后重,避开膀胱区,抚触过程中注意观察患儿有无肌张力增高、哭闹等反应,如出现上述反应应立即停止抚触。每天抚触 $2\sim 3$ 次,每次 $10\sim 20\text{ min}$ 。

## 4 小结

早产儿由于胃肠动力发育及协调性差、各种消化酶的水平及活性低、对营养物质的消化吸收能力不足等原因容易出现喂养不耐受,易发生在新生儿早期及开始肠道喂养1周内,护理人员在早产儿的护理中应严密观察及早发现喂养不耐受的临床征兆,一旦出现呕吐、腹胀、胃潴留等喂养不耐受的临床表现时应谨慎禁食,加强体位护理,给予洗胃、非营养性吸吮、腹部抚触等措施,并采用微量喂养、重视喂养护理等积极有效的护理措施,改善早产儿的喂养耐受性,促使其尽早恢复出生体重,改善预后。

## 参考文献:

- [1] 卢春燕. 发展性照顾护理模式对低出生体重儿的影响[J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(6): 887-889.
- [2] 刘丽芳, 张伟忠, 廖均梅. 母乳及益生菌治疗早产儿喂养不耐受的效果[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(1): 51-52.
- [3] 魏林, 阎妍. 早产儿喂养不耐受的相关因素分析与护理进展[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(2): 160-162.
- [4] 李神美, 韦琴. 早产儿不同体位护理研究进展[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(18): 1664-1666.
- [5] 刘继秀, 李莉, 邢彩英, 等. 低出生体重儿早期洗胃对消化功能的影响[J]. 中华全科医学, 2012, 10(5): 822-823.

收稿日期: 2014-07-03; 修回日期: 2014-09-16

## 7S 管理法在介入导管室应用效果

熊小军, 陈容

(广西玉林市第一人民医院, 广西 玉林 537000 E-mail: 804419157@qq.com)

**摘要:** **目的** 探讨 7S 管理法在导管室的应用。**方法** 根据 7S 管理的要素实施具体方法, 对手术间的环境、急救仪器及物品、导管、药品进行规范化管理。**结果** 提高了工作效率, 及时抓住了抢救患者时机, 减少失误与浪费, 提高抢救成功率, 提升护理水平。**结论** 7S 管理法在导管介入室是可行的, 值得推广、应用。

**关键词:** 7S 管理; 导管室

**中图分类号:** R47 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2015)02-0347-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2015.02.078

我院护理部为了创造整洁、安全的病区环境, 从 2013 年 3 月在我科等 10 个病区推行 7S 病区管理以来, 使各科室面貌焕然一新。我科室经过 1 年多不断的实践和完善 7S 管理, 医疗护理环境大大改善, 尤其通过运用 7S 管理法对手术间的环境、急救仪器、导管、药品等进行规范化管理, 改善了手术间环境, 提高了急救物品完好率、抢救成功率, 降低了医疗护理风险, 提高病人满意度, 提升护士自身素质, 减少失误与浪费, 提高工作效率, 提升护理水平<sup>[1]</sup>。

### 1 资料

7S 管理法的具体内容: 7S 是由 5S 衍生出来, 5S 管理于 1955 年由日本首先推行, 指的是在生产现场中对材料、设备、人员等生产要素推行的一种管理方法, 日本企业的 5S 管理体制逐步横向展开到全球, 并在较多企业广泛应用。根据医院进一步发展需要, 医院在原来的基础上陆续引申出其它的二个 S 如安全、节约。将 7S 运用到导管室护理管理中, 将提高整洁、安全、有条理的工作环境, 提高工作效率, 提高员工素质, 提供安全保障品质, 节约医院资源, 塑造良好的单位形象及护理文化、医院文化。

### 2 7S 管理法的实施

2.1 1S(常整理) 培养介入导管室护士在学习、生活、手术间等场所中将所有物品区分为必需品和非必需品, 定期处置非必需品<sup>[2]</sup>。养成了定时整理的良好习惯, 在临床工作中总是伴随着整理, 如当我们做完一台手术后, 有管道、导管、器械、手术床上有血迹等, 随时都要进行整理更换新的手术单, 迎接下一手术病人到来, 从而给病人一个舒适、清洁手术的环境。

2.2 2S(常整顿) 将需要的物品按照规定定位、定量和定容, 且摆放整齐、明确标识。整顿工作在临床工作中的应用范围比较广泛, 特别是与手术间抢救药品及急救仪器设备摆放关系最为密切。手术间是病人接受介入治疗的重地, 病人术中突发病情变化时所需抢救

的所有药品、急救仪器都在其中, 关系到病人的生命安全。通过物品定位摆放、明确药品、急救仪器的摆放位置, 节约寻找药品的时间, 提高工作效率, 同时也可以降低急救时操作过程中的差错, 给病人提供安全的治疗环境。定量及定容, 可以一目了然地发现介入导管手术间的药品是否齐全, 必要时予以及时补充, 可以给管理者节约时间, 同时也给我们护士节约统计药物的时间, 减轻我们的工作压力。明确标识, 统一标签, 这样护士在操作过程中明确药品及急救仪器的摆放位置, 可以节约时间, 同时减少操作差错。

2.3 3S(常清扫) 就是去除所有的灰尘、污物和血渍, 让整理、整顿的东西处于整洁的状态。在手术间的管理中, 随时要去除手术间、操作室、办公室等地方的灰尘、污物和血渍, 使手术间室、操作室等地方一尘不染。固定的包干区, 并责任到个人, 在平常的工作中随时注意清扫, 定期大扫除。作为医院的重要科室, 微创介入手术已在多科室相继开展, 因此导管室给病人提供一个洁净、无菌的手术环境, 做到无菌化处理及空气净化, 让病人在洁净、无菌的环境中顺利完成手术。整洁的环境也能体现科室人员的素质及整个医院的素质。

2.4 4S(常清洁) 就是将整理、整顿、清扫进行到底, 持之以恒, 维持前 3S 成果, 并使之标准化、持久化和制度化。保持介入导管室的清洁, 是每个护理人员的工作职责, 清洁的环境能够给人(病人、家属、工作人员)以舒适、安全、信任感。在管理中, 制定了相应的制度, 使各位员工自觉遵守, 培养了护士的素质, 在执行过程中要不断改善, 使之制度化、持久化和制度化。

2.5 5S(常素养) 要努力提高护理人员的素质, 素养是 7S 的核心, 人员素质不提高, 各项工作不能顺利开展及开展不持久, 首先要遵守医院的各项规章制度; 其次应遵守各项操作规程, 要认真执行操作的规程, 不得随意更改操作程序, 操作过程应遵循操作前准备(自身