套管内壁痰液结痂,阻塞气道;每日更换一次性纱布垫2~4次;有污染时随时更换,保持切口处敷料干燥,无污染。

2.2 充分湿化呼吸道

气管切开后,原有的正常呼吸道湿化、加温等功能丧失,致呼吸道内分泌物干燥、结痂,分泌物不易排出,使呼吸道阻塞,给呼吸道护理带来一定的困难。因此,充分湿化呼吸道是保证呼吸道通畅的重要措施,而持续湿化可以使气管处于湿化状态,降低痰液粘稠度,易于排出,避免了长时间的负压吸痰对呼吸道黏膜的损伤,也减少了肺部感染机会。常规采用超声雾化吸入,常用湿化液为生理盐水注射液加敏感抗菌素、地塞米松、α-糜蛋白酶、沐舒坦微量持续气道滴入,湿化量根据痰液的粘稠度、量及病人的生理需要及时调整。

2.3 控制口腔部细菌定植

口腔部是消化道与呼吸道的共同开口处,已有文献报道气管切开后各部细菌阳性,通过每次的咽拭子观察中发现,其培养结果与气道分泌物的结果相同,说明咽部细菌定植为气道细菌的一个重要来源[3]。所以,加强口腔护理,高热、术后禁食、昏迷、鼻饲、生活不能自理者,保持口腔的清洁,应根据PH值合理选用漱口液;定期做口咽部细菌培养,并根据培养结果选用敏感抗菌素;病情允许时头部抬高30°~45°,尤其是鼻饲时至少应保持1 h,以避免鼻饲液返流至咽部,从而降低口咽部肠道菌污染及定植;尽早给病人少量多次生理盐水吞咽,这对返流及逆行的胃肠道内革兰氏阴性杆菌起到正常的冲洗作用。

总之,气管切开术是抢救呼吸道阻塞患者最常见的操作,加强气道管理是呼吸道护理的最重要而又基本的措施。呼吸道的充分湿化是保持呼吸道通畅的必备条件。控制口咽部细菌定植进一步降低了气道或肺部感染的发生率,加强气管切开病人呼吸道的护理,降低控制肺部感染,提高气管切开病人的生命质量,也是提高神经外科病人众多治愈率的有效措施和根本保障之一。

[参考文献]

[1] 易兴翠.吸入性损伤病人的评估与护理[J].护理学杂志,2003,18(1):41-42.

[2] 杨丽芹,魏丽萍,刘晓霞,等.气管切开术的术后护理体会[J].局解手术学杂志,2007,16(4):286-287.

[3] 范伟萍,胡 文,文淑华.重症监护患者气管切开后细菌学调查分析及护理[J].中华护理杂志,1997,32(6):361-362.

(编辑:侯晓宇)

护理保障中心质量安全管理探讨

周 容 (第三军医大学附属西南医院护理保障中心,重庆 400038)

[关键词] 护理保障中心;质量安全;管理

[中图分类号] R197.32 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0066-02

护理保障中心,作为医院的护理服务后勤支持系统,以较少的人力资源配置,通过集中管理,优化组合,合理分工,负责全院各个临床科室的血制品、药物、各类标本、大小便标本、手术室组织标本、病人出入院护送和检查工作、会诊单和床旁单的取送工作。这样大大提高了服务质量,节约了护理人员的有效时间,取得了满意的效果,现总结报告如下。

1 护理服务中存在的安全隐患

护理保障中心的服务理念是通过服务让临床科室的护士从大量繁杂的后勤工作中节约时间,使护士全身心的投入到病人的整体护理工作中去,从而实现把时间还给护士,护士把时间还给病人,也体现护理后勤服务的价值,体现医院优质服务的品质。但在服务过程中,往往存在很多安全隐患,如药物、血制品有丢失、错发、漏发、血标本是否及时安全送到检验科或相关实验室;手术组织标本是否及时、准确、安全送到病理科;护送病人检查过程中是否安全;临床科室服务电话记录是否及时接听并安排相应工作人员到达指定科室服务等。

[收稿日期] 2008-10-10 [修回日期] 2008-11-19

2 管理措施

2.1 严格流程操作

工作人员要严格执行护理保障中心制定的各项操作流程、注意事项及各项规章制度,不可随意简化操作程序。如取药时针剂入篮片剂入袋,全血、血制品要用专门的取血箱并放置冰袋。送血标本要用标本篮。取送标本时做到八查:科室、床号、姓名、住院号、标本名称、数量、合格情况、标本是否准确送至各试验室。护送病人首先要查车况、上护栏等。工作人员的制度化、规范化、标准化、程序化,将使各项服务工作能高效进行。同时要及时与相关临床科室、检验科、实验室、放射科、输血科、手术室、病理科、药房做好交接查对服务签收工作。如取送手术常规病理标本时首先查对病理申请单和组织标本袋上标识填写内容是否正确一致,严格执行服务签收制度,做到字迹清楚,数据准确签全名,发现问题立即报告手术室和中心护长及时查清处理[1]。

2.2 重视质量意识与质量管理

实行责任组长每周质量小结检查制,护士长严格把好毒麻药品三关、处方合格关、毒麻处方下送签收关和毒麻限制药品小结记录关等。护理安全管理要抓关键,关键是制度(查对制

度、差错事故)关键人员(新上岗的护士、实习生、心理压力大的人员)和关键时间(交接班时间、节假日、夜班工作繁忙和易疲劳时)这些都是护理保障中心安全管理的重点。

2.3 加强护理人员综合素质的培养

做好新聘护士的岗前培训,如实行专人带教,举办专业知识讲座等,使其通过培训尽快熟悉工作职责和工作流程,从而胜任本职工作。针对护理保障中心工作特点,本科室护士年资轻、流动性大,有计划的开展培训工作。通过护理查房、业务学习等方式组织学习血制品、药物、标本的相关知识,并学习沟通技巧,不断提高服务质量。加强节假日前的护理安全教育,学习护理应急预案,查找安全隐患,开展护理质量安全分析[2-3]。

3 讨论

护理保障中心全面利用ISO9000标准化质量管理体系,严格要求各级人员履行相应职责,严格执行各项规章制度和操作流程,做到管理工作制度化和规范化。工作人员的责任心是防止护理质量缺陷的根本。取送药物时做到十个查对:科室、床号、姓名、药名、浓度、剂量、质量、数量、有效期、批号。严格执行查对制度以杜绝差错事故的发生。无论是取送处方药、血制品、血标本,还是护送病人等工作的准确性、及时性,都与护士的责任心有关,护士应加强责任心,严格遵守职业道德规范,并且应具有高度的慎独精神。护理保障中心是医院后勤管理工作的重要内容,也是保证护理后勤服务质量的关键,实行护理保障中心安全管理并且要不断创新。加强护理安全的防范和管理,确保能更好的为临床科室做好后勤支持系统的服务。

[参考文献]

[1] 任 静,彭 丽,罗玉娟. 取送手术室组织标本的规范化管理[J]. 局解手术学杂志,2007,16(2):138-139.

[2] 黄荔红,谢永碧,林 丹. 医院临床支持中心的设置及其作用[J]. 解放军护理杂志,2005,22(2):81.

[3] 王秀丽,蔡雅明. 利用未注册护士组建护理保障中心的做法与成效[J]. 护理管理杂志,2003,3(4):60.

(编辑:周小林)

新生儿湿肺病理机制的探讨

王立群,刘 刚 (鞍山市双山医院病理科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 新生儿;湿肺;病理机制

[中图分类号] R722.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0067-02

新生儿湿肺又称新生儿暂时性呼吸增快,是因为肺内液体积聚和清除延迟或转运困难引起的自限性呼吸系统疾病,此病的发病率相当高,是早期新生儿呼吸窘迫常见原因之一[1-2]。胎儿出生前的肺脏结构及肺液的产生等问题一直是从所关注与争论的问题新生儿湿肺是近年来逐渐被重视的肺生理机能紊乱,也是新生儿早期呼吸障碍的最常见原因之一。本文对102例出生前胎儿的肺脏进行了形态学观察并进行了分析,现报告如下。

1 材料与方法

102例合法晶水囊引产的胎儿,胎龄3.5个月左右,解剖后取肺脏放入10%的甲醛内固定,HE染色,肉眼及光镜下观察形态结构。

2 结果

大体检查:胎儿肺脏并非萎缩结构组织,光滑、柔软、粉红色。光镜检查:肺泡道形状不规则,星形或椭圆形。肺泡上皮立方形单层排列,部分肺泡内可见均匀的分泌物,间质疏松、较宽、毛细血管丰富。

[收稿日期] 2008-11-19 [修回日期] 2008-12-05

3 讨论

胎儿在子宫内时,正常情况下,肺脏形成后的腔隙并不是相贴的。在肺内空气的间隙中含有相当量的液体,使肺部充盈并具有一定的张力。观察本组胎儿肺脏结构亦然。在胎儿肺液的分泌过程中,随胎儿的呼吸运动这些液体周期性地不断从肺内向口腔端移动,一部分进入消化道,大部分被排入羊膜腔内。在肺液排入羊膜腔的同时,把肺泡表面活性物质的主要成分卵磷脂的含量,可正确地估计胎儿肺的成熟程度[2-3]。但是,当宫内窘迫,低氧血症等时,呼吸中枢受刺激,使胎儿的宫内呼吸运动加深,则可产生逆向流动,把大量羊水吸入肺泡腔内。出生后即形成羊水吸入综合症。

肺液的存在虽然对肺泡的开放极为有利,在分娩时及出生后短时间骨必须迅速地完全消失,由空气置换,正常呼吸才能进行。如果肺液吸收不及时、不充分,就会妨碍气体交换,出现呼吸障碍的症状,即为"新生儿湿肺"。约有肺液总量的1/4~1/3因通过产道分娩胸廓受挤压后自口鼻排出体外。剩余的2/3~3/4胸肺液总量,于出生后迅速地通过肺淋巴管,肺毛细血管以及肺间质等吸收转运而被清除。因此,任何可引起肺液渗透压增高、降低肺淋巴管、肺毛细血管、肺间质液等的渗透压的因素,如吸入蛋白含量比肺液高的羊水,胎儿低蛋白血病等。任何肺淋巴管、肺毛细血管、肺间质的静水压者,如胎儿高血容