

· 骨伤科护理 ·

# 多药耐药菌感染骨髓炎患者的护理

徐艳花, 李妙芳, 王桂芝

(河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002)

**摘 要** **目的:**探讨多药耐药菌感染骨髓炎患者的护理方法。**方法:**2011 年 1—12 月, 依据 2011 年卫生部《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南(试行)》中的要求对 37 例多药耐药菌感染的骨髓炎患者采取严格的隔离、消毒护理措施, 男 32 例, 女 5 例; 年龄 20~73 岁, 中位数 40 岁。耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染 20 例、产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶大肠埃希菌感染 12 例、产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶肺炎克雷伯菌感染 2 例、鲍曼氏不动杆菌感染 2 例、铜绿假单胞菌感染 1 例。观察感染控制及病灶愈合情况。**结果:**本组 37 例患者, 住院时间 24~89 d, 中位数 42 d; 连续 2 次细菌培养结果阴性、窦道周围皮肤颜色恢复、血常规正常 20 例; 连续 2 次细菌培养结果阴性、窦道干燥愈合、肿痛症状消失、血常规正常 15 例; 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染 1 例及产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶大肠埃希菌感染 1 例, 分别转为非耐药的金黄色葡萄球菌及大肠埃希氏菌感染。**结论:**采取积极、严格的隔离、消毒护理措施, 有利于控制多药耐药菌感染, 促进骨髓炎患者的康复。

**关键词** 细菌感染 交叉感染 骨髓炎 多药耐药 护理

近年来, 多药耐药菌 (multidrug-resistant organism, MDROs) 已成为医院感染的主要病原菌<sup>[1]</sup>。临床上 MDROs 感染患者日趋增多, 为临床治疗、护理带来一定的难度。2011 年 1—12 月, 笔者按照 2011 年卫生部《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南(试行)》中的要求对 37 例多药耐药菌感染的骨髓炎患者采取了严格的隔离、消毒护理措施, 效果满意, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 37 例骨髓炎患者, 男 32 例, 女 5 例; 年龄 20~73 岁, 中位数 40 岁。耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染 20 例、产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶大肠埃希菌感染 12 例、产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶肺炎克雷伯菌感染 2 例、鲍曼氏不动杆菌感染 2 例、铜绿假单胞菌感染 1 例。

## 2 方 法

**2.1 感染控制教育** 对患者及其家属进行耐药菌预防控制知识、洗手及手消毒方法等方面的宣教, 严格控制家属探视及不必要的人员出入病室。

**2.2 感染控制方法** ①严格执行 MDROs 感染的隔离要求, 单间隔离或将同种病原感染者安置到同一病房, 并对病室、患者手腕带、病历夹进行标识。②护理人员保持相对固定, 患者诊疗用听诊器、血压计、体温计等固定专用, 用后严格清洁、消毒。隔离患者的所有护理操作都安排在本病区的最后进行。③接触患者时按要求戴口罩、帽子、手套, 近距离操作时(吸痰、

插管等)戴防护眼镜或防护面罩, 必要时穿隔离衣。离开隔离病室前脱、摘掉个人防护用品。④严格进行手部清洁、消毒, 在接触患者前后、接触患者周围物品后、接触患者血液或体液后洗手或用速干手消毒剂消毒。⑤保持病室空气流通, 物体表面每日用消毒液浸湿抹布擦拭, 抹布专用。⑥患者血液、体液标本均采用密闭容器运送。⑦严格管理隔离患者的生活垃圾和医疗废物, 在床头放置专门的医疗废物垃圾桶, 将其床单位产生的所有垃圾均视为感染性废物, 放置在医疗废物垃圾桶中, 密封运送。生活物品清洁、消毒后, 方可带出病室; 患者血液、体液、分泌物污染的被服使用双层医疗废物袋盛放密封后交洗衣房消毒、洗涤。患者出院后, 其床垫、枕芯、被褥等均使用产生臭氧的床单位消毒机常规消毒 60 min。

## 3 结 果

本组 37 例患者, 住院时间 24~89 d, 中位数 42 d; 连续 2 次细菌培养结果阴性、窦道周围皮肤颜色恢复、血常规正常 20 例; 连续 2 次细菌培养结果阴性、窦道干燥愈合、肿胀疼痛完全消失、血常规正常 15 例; 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染 1 例及产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶大肠埃希菌感染 1 例, 分别转为非耐药的金黄色葡萄球菌及大肠埃希氏菌感染, 解除隔离后, 转院治疗。

## 4 讨 论

医院人员密度大, 环境中微生物较 (下转第 83 页)

适度,避免压迫皮瓣。

**2.2.4 皮瓣供区护理** 密切观察供区创面敷料渗液、渗血情况,及时更换敷料,降低感染的发生率。

**2.2.5 疼痛护理** 术后及时倾听患者的主诉,评估疼痛程度;术后 1~3 d 常规口服镇痛药物及辅以中医耳穴药贴止痛;对疼痛耐受性差、口服止痛药无效的患者,遵医嘱注射吗啡类镇痛药物。

**2.2.6 饮食护理** 嘱患者禁烟酒,合理进食高热量、高蛋白质及高维生素食物,禁食辛辣刺激之品,多食水果及粗纤维食物。定期进行腹部按摩,保持大便通畅。

**2.2.7 功能锻炼** 术后 7 d 行患指主动屈伸功能锻炼,早晚各 1 次,每次 5~10 min,以后逐渐增加锻炼的频率和强度;对于合并肌腱损伤或骨折者,术后 4 周开始行患指功能锻炼。

### 3 结果

本组患者均获得随访,随访时间 6~24 个月,中位数 12 个月。切口均愈合。1 例皮瓣远端皮肤边缘出现坏死,经换药后创面愈合。均无感染等并发症发生。所有皮瓣均成活,皮瓣红润、质地柔软、弹性好,患指功能恢复良好。供区外观满意,无疼痛及功能障碍。

### 4 体会

切取尺动脉腕上穿支游离皮瓣不牺牲前臂主要血管,操作简单,创伤小,术后外形美观,可保留感觉神经,是修复手部软组织损伤的理想方法之一<sup>[1-3]</sup>。血管危象是游离皮瓣移植术后最常见的并发症之一,也是导致皮瓣坏死的主要原因<sup>[4-5]</sup>,故术后应密切观

察皮瓣的颜色、温度、肿胀程度和毛细血管反应情况,预防血管危象的发生。术后疼痛易给患者带来不良的负面情绪,而且疼痛可使机体释放 5-羟色胺等疼痛递质,其具有强烈的收缩血管作用,如不及时处理易导致血管痉挛或血栓形成<sup>[6]</sup>,故术后加强疼痛护理不容忽视。成功的手术是手指功能恢复的基础,但要获得良好的手指功能及外形,还需指导患者坚持不懈地进行手指功能锻炼。因此,正确的术前护理、严格的术后观察和及时到位的功能锻炼是手术成功的保障。

### 5 参考文献

- [1] 王一兵,王增涛,缪博,等. 微型尺动脉腕上皮支上行支皮瓣游离移植修复手指创面[J]. 中华显微外科杂志, 2006,29(5):344-346.
- [2] 朱轶,黎斌,肖方生,等. 选择性应用游离尺动脉腕上皮支皮瓣修复手指皮肤缺损[J]. 中华创伤骨科杂志, 2009,11(1):88-90.
- [3] 王胜涛,朱红,黄富国,等. 尺动脉腕上皮支游离皮瓣修复手指掌侧软组织缺损[J]. 中国修复重建外科杂志, 2011,25(5):635-636.
- [4] 周海微,李学渊. 游离腓动脉肌皮穿支皮瓣修复手足皮肤缺损的围手术期护理[J]. 中医正骨,2011,23(6):77-80.
- [5] 王萑,王晓峰. 第 2 趾胫侧趾腹皮瓣移植修复手指软组织缺损的护理[J]. 中医正骨,2012,24(4):77-78.
- [6] 张文静,刘亚静,张文龙,等. 带血管蒂岛状皮瓣修复手指软组织缺损 63 例的术后护理[J]. 中国误诊学杂志, 2012,12(4):970.

(2012-09-23 收稿 2012-11-20 修回)

(上接第 81 页)多,易于造成 MDROs 集聚;尤其是骨髓炎患者,抗生素的应用时间较长,一旦发生 MDROs 感染,会导致患者反复住院治疗,甚至截肢,给患者带来巨大的负担。骨髓炎患者住院时间长,严格执行消毒隔离制度和无菌操作规范,有利于避免交叉感染<sup>[2]</sup>。对患者及其家属进行耐药菌预防控制知识的宣教,取得患者及家属对隔离、消毒措施的配合,有利于维护病区环境,避免交叉感染。医务人员的手既要进行无菌操作又直接或间接地同污染物品或患者接触,是医院感染最重要的传播媒介<sup>[3]</sup>。因此,手消毒是控制多药耐药菌感染的重要措施,应严格要求保持手卫生。病区环境对感染的发生至关重要,加强病区管理,保持病区通风,患者出院后对其床单位进行终末消毒,可减少发生交叉感染的几率<sup>[4]</sup>。

本组护理结果表明,采取积极、严格的隔离、消毒护理措施,有利于控制 MDROs 感染,促进骨髓炎患者的康复。

### 5 参考文献

- [1] 田春梅,李德保,靳双周,等. 多药耐药菌医院感染目标性监测与危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012,22(12):2498-2500.
- [2] 王晓飞,许国萍. 改良开放植骨技术治疗 17 例慢性骨髓炎患者的护理[J]. 中华护理杂志,2011,46(1):28-29.
- [3] 刘月秀,吴影秋,吴旭琴. 病区结构调整前后医院感染和大环境污染情况调查[J]. 苏州大学学报:医学版,2002, 22(5):540-541.
- [4] 王树花,张芳. 慢性化脓性骨髓炎致病菌及其耐药性的临床研究[J]. 医学检验与临床,2010,21(5):68-69.

(2012-10-17 收稿 2012-12-25 修回)