

手足口病重症患者白细胞及血糖监测的临床意义

张宇(福建省福州市传染病医院 350025)

【摘要】 目的 观察手足口病患者血糖及白细胞对病情轻重的判断意义。**方法** 回顾性随机选择福州市传染病医院 2011 年 6~8 月收治的手足口病患者 91 例,其中重症 48 例,轻症 43 例,对两组患者的血糖值和白细胞计数进行统计学分析。**结果** 重症组白细胞及血糖值均明显高于轻症组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 联合检测白细胞及血糖对早期发现危重病例具有重要临床意义。

【关键词】 手足口病; 白细胞; 血糖; 监测

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)09-1120-02

手足口病是由肠道病毒(EV71)型及柯萨奇病毒 A16 感染引起的,以口腔黏膜溃疡性疱疹及四肢末端水疱样皮疹为突出表现的一种传染病,常见于婴幼儿及学龄前期儿童。该病是一种自限性疾病,预后较好,部分患儿可发展为重症,甚至死亡。因此及早发现危重病例对抢救患儿,降低病死率具有重要意义。根据卫生部 EV71 感染诊疗指南(2008 年版),危重患儿早期外周血白细胞计数明显增高引起高血糖,对此作者就所在医院手足口病患者实验室结果进行回顾性分析总结,以进一步引起临床足够重视,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 6~8 月收住本院的手足口病患者 91 例,诊断符合肠道病毒(EV71)感染诊疗指南(2008 年版)的诊断标准。重症患者 48 例,男 30 例,女 18 例,年龄 12~72 个月,平均(24.51±12.75)个月,其中小于 36 个月患儿 46 例(95.8%)。轻症患者 43 例,男 25 例,女 20 例,年龄 5~72 个月,平均(24.24±15.11)个月,其中小于 36 个月患儿 37 例(86.1%)。所有患者均排除糖尿病和血液病。

1.2 标本处理 以乙二胺四乙酸二钾抗凝管和普通干化学生化管按要求抽取静脉血,分别用于白细胞计数和血糖测定。

1.3 方法 白细胞计数采用美国 Beckman Coulter LH750 血液分析仪,血糖检测采用美国 Beckman DxC 800 全自动生化分析仪检测。所需试剂由贝克曼库尔特公司提供。重症组统计诊断为手足口病重症者的外周血白细胞和空腹血糖结果,轻症组统计入院第一次外周血白细胞和空腹血糖结果。白细胞计数正常参考值为(3.5~10.0)×10⁹/L,血糖正常参考值为 3.89~6.11 mmol/L。

1.4 统计学方法 采用 Mixcrosoft excel 软件进行数据处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

重症组患儿白细胞升高 41 例,占 85.41%(41/48),明显高于轻症组的 39.5%(17/43)。重症组患儿血糖升高 32 例,占 66.67%(32/48),明显高于轻症组(轻症组血糖全部在正常范围内)。两组白细胞及血糖平均值见表 1。结果显示,重症组与轻症组比较,白细胞及空腹血糖差异均有统计学意义。

表 1 重症组与轻症组白细胞与血糖值

组别	<i>n</i>	年龄(个月)	白细胞(×10 ⁹ /L)	血糖(mmol/L)
重症组	48	24.5±12.7	13.8±5.1*	6.8±1.0*
轻症组	43	24.2±15.1	9.4±2.5	4.8±0.7

注:与轻症组比较,* $P<0.01$ (t 分别为 1.995 5、1.994 9)。

3 讨论

手足口病是小儿常见的传染病,我国 1981 年在上海最先发现本病,此后各省市均有报道^[1],1998 年我国台湾地区出现大暴发,近几年广东、福建、上海等地区均有局部流行的报道。我国自 2008 年 5 月 2 日开始将手足口病正式列为丙类传染病进行管理。手足口病好发于 5 岁以下的儿童,以发热及口腔、手、足发生疱疹为主要特征,极少数并发无菌性脑膜炎、脑干脑炎、肺水肿、急性弛缓性瘫痪等严重并发症而危及生命,以 3 岁以下儿童多见,少年和成人感染后多不发病。本文资料显示,重症患儿年龄小于 36 个月者 46 例(95.8%),与诊疗指南相符合,因此学龄前儿童患手足口病时更容易发展成重症,更要密切监测。重症组患儿白细胞与空腹血糖与轻症组比较差异均有统计学意义($P<0.01$),由此表明重症患儿应注意合并细菌性感染疾病并予以相应的抗感染治疗。重症患儿血糖明显升高主要原因为感染所致应激性高血糖。危重患儿应激性高血糖是指既往无糖尿病史患儿急性应激后引起血糖水平升高。各种危重症疾患都是对患儿机体的严重损伤和刺激,在应激源如创伤、感染、烧伤、手术、缺氧、失血、休克及多脏器功能衰竭等强烈刺激下,内分泌系统能协助维持机体的自稳性,但内分泌反应又可加重应激时的代谢紊乱,其显著特点为应激性高血糖^[2]。危重患儿应激性高血糖的产生是由于危重状态下各种疾病的突发强烈刺激,机体神经内分泌系统被激活,致儿茶酚胺、皮质醇、生长激素、胰高血糖素等分解代谢激素分泌增多,这些激素除直接刺激糖原分解、糖异生增加外,还通过不同途径拮抗胰岛素的生物效应。虽然胰岛素分泌增多,但组织对其敏感性和反应性降低,仍使血糖升高而发生应激性高血糖。重症患儿血糖虽高,但不能被组织充分利用,反而抑制组织对氧的利用和能量代谢,使毛细血管扩张和通透性增高,血液渗透压增高,导致各器官组织受损,出现组织细胞脱水坏死,可严重损伤中枢神经系统而加速死亡^[3]。因此对危重患者,除观察白细胞变化及注意并发症外还应重视血糖变化。有资料表明,血糖升高程度与病情轻重及预后有很高的相关性^[4-5],且病情越危急,应激越强,其血糖升高越明显,预后也越差。

综上所述,实验室动态监测白细胞及空腹血糖对早期发现重症手足口病患儿,并进行病情观察和预后判断,及早诊断及早治疗具有重要的临床指导意义。

参考文献

[1] 杨智宏,朱启,李秀珠,等.2002 年上海儿童手足口病病例中肠道病毒 71 型和柯萨奇病毒 A 组 16 型的调查[J].中华儿科杂志,2005,43(9):648-652.

[2] 吴景燕.危重患儿应激性高血糖变化的监测分析[J].中

国现代医生杂志,2009,47(11):48-49.

[3] 祝益民,李桂南,张新萍,等.危重病患者应激性高血糖的临床研究[J].临床儿科杂志,1998,16(6):363-365.

[4] 潘泽群,柯斌.危重患儿应激性高血糖的测定及意义[J].广东医学,2005,26(7):950-951.

[5] 李步云.危重患儿应激性高血糖与疾病严重程度关系的分析[J].临床医药实践杂志,2008,17(9):766-767.

(收稿日期:2011-12-15)

加强供应室细节管理 保障患者医疗安全

冯 平(重庆市第三人民医院 400014)

【摘要】 目的 了解细节管理,保证住院患者的医疗安全。**方法** 通过科室理论学习、派出去学习及平时督察。并反复强调细节决定成败和服务对象是患者。**结果** 具体采取了抓管理中、清洗中、包装中、一次性物品管理及灭菌和下收下送中的细节。**结论** 保证了住院患者的医疗安全,降低了医院感染率。

【关键词】 供应室; 细节管理; 患者安全

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)09-1121-02

细节在供应室的管理中非常重要。本院自 2005 年 5 月起逐渐规范了供应室的工作流程。在科室的理论学习及平时工作中反复强调细节决定成败及慎独精神,反复强调服务对象是患者,如果工作不到位,就会给患者带来无尽的身心痛苦。作者通过 4 年多的实践,对工作更加精益求精,每个人每个班次,都能认真做好每件事。在控制医院感染,保障患者医疗安全方面,发挥了重要作用。

1 实施细节管理中的具体内容^[1]

1.1 管理中的细节 统一思想,提高认识,将科室人员按职称、工作业绩轮流派出参加市及全国感染管理学习,科室每半个月学习医院感染管理条例。让大家明白,供应室工作直接关系到患者的医疗安全,明白供应室工作在控制医院内感染中的作用,明白细节决定成败的重要性。

1.2 清洗中的细节

1.2.1 清洗步骤 回收-浸泡-消毒-粗洗-检查-精洗。

1.2.2 回收 检查回收物品有无缺少,损坏,并登记。避免浪费。

1.2.3 浸泡 浸泡是用朗索医用多酶低泡清洗剂,按照说明书的比例配制浸泡液。浸泡回收物品 15 min。可分解凝固的体液、血液,有利于物品的粗洗。多酶浸泡液每天更换,并清洗浸泡桶内外。

1.2.4 消毒 本科室是手工清洗物品,而回收物品的污染病菌不可确定,为了保护操作者在清洗过程中免受感染,故需用 0.5%含氯消毒液浸泡物品 15 min。随时检测浓度,含氯消毒液每天更换,同时清洗浸泡桶内外。

1.2.5 粗洗 就是自来水洗,由于本院实施手工清洗,故给器械的清洗带来诸多不便。在器械清洗过程中,特别小心,尤其是血管钳齿缝,眼科剪咬合处,太脏的器械可用软刷蘸朗索医用除锈剂刷洗(按照说明书的比例配制除锈剂)。有时还需要借助放大镜,观察器械细微处是否洗干净,器械清洗完毕应仔细检查。因为清洗不干净,灭菌不彻底,将给患者造成不安全的隐患,所以灭菌不能代替清洗。

1.2.6 管道物品清洗 如空针、针头、尿管、脑压管等必须用高压水枪冲洗,检验该物品是否通畅。若经过高压水枪冲洗,将带给患者及临床医护人员极大的烦恼及痛苦。

1.2.7 精洗 精洗就是用蒸馏水清洗。因为前面所清洗物品都是自来水,而自来水含各种杂质、微粒、重金属元素较多。蒸

馏水是软水,符合 2005 年版中国药典检测。特别是管道物品必须用蒸馏水冲洗,否则这些管腔物品中的自来水会直接用到患者体内,将会给患者带去看不到、摸不着的新生疾病。

1.3 包装中的细节

1.3.1 包装前 管道物品要用吹风机将管道内的蒸馏水吹干。不锈钢弯盘、碗要用干燥、干净、整边纱布擦干;器械用利尔康牌医用器械润滑油浸泡 5 s。管腔物品抽出针芯,分别置于 60 ℃的烘干机内烤干。擦不锈钢物品的纱布,每天用肥皂和清水搓洗,拧干后平铺于烘干机内。

1.3.2 包装时 打包前洗净双手,要打包的物品必须干燥,因为在灭菌过程中要产生冷凝水。包布平整、干净、厚、薄符合标准。根据每个包的标牌内容分别打包。每个包的内容必须完整,多一个、少一个都不行。曾经本科室因腰穿包内少 2 个小玻璃瓶,这个小玻璃瓶是盛装脑脊液做生化检查的,由于神经科到供应室来回约 7 min,而患者是强直体位,病房环境不是无菌状态。通过这件事,本科室在会上进行了深刻的分析,并将所有包的内容物均打印出来贴在墙上,打包时核对包内内容物。而不是凭经验、记忆打包,避免了这类事情的再次发生。

1.3.3 包装后 认真检查每个包是否松紧适宜,包外贴化学指示胶带,包标牌内容物,灭菌包起止日期,打包人代号或姓名。

1.4 灭菌前后的细节

1.4.1 灭菌前 消毒员洗净双手,灭菌室清洁、干燥,灭菌机壳干净,正式灭菌前作 B-D 试验。灭菌室悬挂高压灭菌操作规程与质量标准镜框。每个消毒包应称重量、测量长、宽、高。每个消毒包外包布必须清洁、干燥,每个包外贴化学指示带,包的名称、科室。

1.4.2 灭菌后 每个灭菌包出锅时,消毒员应洗净双手、剪指甲、取出灭菌包,检查灭菌包是否干燥,按顺序存放于无菌室。灭菌锅每月做嗜热脂肪杆菌芽孢检测。

1.5 无菌室的细节 无菌室每日用 0.5%含氯消毒液擦拭台上、台下、柜内、柜外,紫外线照射 30 min,2 次/天。照射时打开柜门,完毕关门。护士进无菌室更衣、换鞋、头发罩在帽内,洗手、剪指甲。发放灭菌物品严格遵守三查七对,每个灭菌包每月连续 5 次送检,做细菌学检测。灭菌室闲杂人员等勿进入,每月做空气、物表及工作人员手细菌培养,空气培养值不得为零。