

与该年龄段的人群流动范围大,分布区域广,社会活动比较频繁等相关。HBsAg 阳性率最高的年龄段为>60 岁,其原因可能与老年人抵抗力较差,容易被病毒感染相关;但抗-TP 和抗-HIV 在各个年龄段阳性率差异无统计学意义($P>0.05$),表明 TP 和 HIV 感染与年龄无明显关系。

本研究结果显示,100 例患者中抗-HCV、HBsAg、抗-TP 和抗-HIV 检测阳性的患者主要来自 8 个科室,其中阳性率排在前三位的科室分别为普外科、血液科和肿瘤科,分别为 25.81%、22.58%、16.13%。医护人员在开展医疗工作的过程中,极可能因操作不当而导致皮肤破损并接触到患者的血液、体液,导致血液传染性疾病的患病风险增加,不利于医护工作者的健康。因而,临床医护人员需要加强自我防护的意识,在患者进行手术前以及输血前应当完善各项相关检查,尽量减少血液传染性疾病的传播风险^[14]。对于采用侵入式检查的患者,医院应当尽量优先安排未出现血液传染性疾病的患者,可防止出现医院交叉感染,减少或避免血液传染性疾病的传播。

综上所述,在输血前对接受输血的患者进行抗-HCV、HBsAg、抗-TP 和抗-HIV 检测,可一定程度上减少血液传染性疾病的传播,有助于保障患者和医护工作者的生命安全^[15],因此应予以高度重视。

参考文献

[1] 胡杰华,吴敏. 基层医院输血科感染管理危险因素分析及应对策略[J]. 中国卫生质量管理,2017,24(2):105-106.

[2] 黎海澜,焦伟,黎英兰,等. 1 638 例输血前患者 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV I / II、抗-TP 检测与分析[J]. 右江民族医学院学报,2006,28(6):1056-1057.

[3] 郭小慧. 输血前及手术前患者四项感染指标的检测及临床意义[J]. 中国感染控制杂志,2017,16(6):561-563.

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.13.034

[4] 黄晓群. 989 例输血前患者检测抗-HCV 及抗-HIV1/2 和抗-TP 结果分析[J]. 实用医技杂志,2008,15(5):592.

[5] 孙桂香,吴月清. 1 026 例输血前患者血 HBsAg、抗 HCV、抗 HIV 和梅毒抗体检测结果分析[J]. 标记免疫分析与临床,2015,22(1):18-19.

[6] 刘健康. 输血前及手术前患者 HBsAg、抗 HCV、抗 TP 和抗 HIV 感染指标的检测结果分析[J]. 河北医学,2016,22(12):2094-2097.

[7] 王燕菊,蒋学兵,张立萍,等. 182 例不规则抗体特异性分析与安全输血[J]. 实用医学杂志,2017,33(1):166-167.

[8] 水波,杨青成,孙奕. 襄阳市不同地区献血人群血液检测结果的对比分析[J]. 临床输血与检验,2016,18(2):122-123.

[9] 侯春艳,杨永峰. 慢性乙型肝炎抗病毒治疗新进展[J]. 实用肝脏病杂志,2017,20(1):124-128.

[10] 陈红英,丁洁,游晶. 慢性乙型肝炎病毒感染者血清流行病学研究[J]. 中国全科医学,2017,20(8):939-942.

[11] 孙海英,范恩勇,许守广,等. 31 例乙型肝炎病毒核酸检测阳性献血者跟踪调查[J]. 临床输血与检验,2017,19(1):53-55.

[12] 张翔,张万里,宋本玉,等. 2010—2015 年四川省西昌市男同人群 HIV 和梅毒感染及高危行为调查[J]. 预防医学情报杂志,2017,33(4):301-306.

[13] 程金凤,蔡细英. 28 165 例输血前及手术前患者四项感染指标检测结果分析[J]. 中国感染控制杂志,2014,13(4):222-225.

[14] SADULLAH G, HAKAN T, GEDİK E, et al. Preoperative seroprevalence of HBsAg, anti-HCV, anti-HIV in general surgery patients[J]. Dicle Med J, 2008, 36(4):283-287.

[15] 郝迎军. 输血前患者血清 HBsAg、抗 HCV、抗 HIV 和梅毒抗体检测意义[J]. 中国民康医学,2018,30(7):104-106.

(收稿日期:2019-10-11 修回日期:2020-03-31)

流行性出血热患者模块化护理疗效分析

朱大敏,王应君,张京敏

陕西省杨凌示范区医院重症医学科,陕西咸阳 712100

摘要:**目的** 探讨应用模块化护理模式对流行性出血热患者的护理疗效。**方法** 选取 2017 年 10 月至 2019 年 12 月于该院就诊的 100 例流行性出血热的患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 50 例。对照组患者给予常规护理,观察组患者给予模块化护理,比较两组患者护理效果。**结果** 观察组患者治疗总有效率[92.0%(46/50)]高于对照组[76.0%(38/50)],差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者尿量恢复正常时间、尿蛋白转阴时间、血小板恢复正常时间、体温恢复正常时间和住院时间均显著短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 流行性出血热患者采用模块化护理模式能有效促进患者症状恢复,提升治疗效果。

关键词:流行性出血热; 模块化护理; 护理效果

中图法分类号:R373.3+2;R471

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)13-1903-03

流行性出血热即肾综合征出血热,是一种由汉坦病毒感染所导致的自然疫源性疾

源, 传染后患者出现发热、出血、充血等临床症状, 该病进展迅速, 如不及时治疗, 对患者的身体健康乃至生命安全造成严重影响^[1-2]。因此, 临床一旦确诊该病, 应及时予以妥善的治疗, 并对患者采取合适的护理措施, 以帮助患者恢复健康。本文选取了 2017 年 10 月至 2019 年 12 月于本院就诊的 100 例流行性出血热的患者进行研究, 拟探讨模块化护理在流行性出血热患者的疗效, 为该病的临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 10 月至 2019 年 12 月于本院就诊并住院进行治疗的 100 例流行性出血热患者。纳入标准: (1) 所有患者均经本院临床诊断为流行性出血热患者, 参考依据为文献[3]; (2) 患者存在毛细血管损伤、发热、肾损伤等症状; (3) 患者或家属均知晓本研究, 并签署知情同意书。排除标准: (1) 存在其他血液系统疾病; (2) 存在意识障碍或精神异常; (3) 合并肝、肾功能障碍。采用随机数字表法将入选的 100 例患者分为观察组和对照组, 每组 50 例。对照组男 27 例, 女 23 例; 年龄 33~62 岁, 平均(42.21±2.04)岁。观察组男 26 例, 女 24 例; 年龄 33~64 岁, 平均(42.45±2.21)岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者给予常规护理, 主要包括保持室内清洁卫生, 每天消毒, 护士指导患者临床用药, 限制患者蛋白质食物的摄入量, 同时加强对患者生命体征的监测。对患者在治疗过程中的问题予以耐心解答, 根据患者恢复过程告知患者需要注意的事项。

1.2.2 观察组 观察组患者给予模块化护理, 主要包括基本护理模块、疾病护理模块、心理护理模块、饮食护理模块。每个模块的护理方案均由医护小组(包括 1 名护士长, 5 名资深专科护士和 3 名专科医生)根据临床工作经验并查阅相关文献后讨论产生, 并由责任护士积极落实每个模块的护理内容, 每个模块的护理人员均承担各自的护理任务, 确保对患者实施有效的护理工作, 具体内容如下。

1.2.2.1 基本护理模块 (1) 医护小组对参与项目的护理人员进行有效的培训: 统一护理规范, 确保参与项目不同的护理人员对同一患者采取一致的护理方法, 及时发现病情并向主管医生报告。(2) 护理操作过程中严格执行无菌操作, 预防感染。注意室内空气消毒, 如怀疑护理所用的医疗器械或装置可能存在感染, 应当立即予以更换;(3) 密切监测患者的各项生命体征: 如发热期患者体温在较短的时间内升高到 40℃, 并持续 7 d 左右, 此时护理人员要严密监测患者体温, 并及时进行降温处理, 同时对患者尿蛋白等实验室指标也应当予以重视, 发现异常及时报告主管

医生。

1.2.2.2 疾病护理模块 每天定时对病房进行清洁和消毒, 嘱患者多卧床休息, 实时监测患者的生命体征, 及时处理异常情况。(1) 发热期护理: 发热期患者会出现高温、寒战等症状, 并可能出现全身中毒。应及时采取物理降温措施, 并注意保暖。高热患者降温后应适当口服补液。监测患者的水电解质和 pH 值, 及时调整置换液比例, 维持内环境的稳态。(2) 少尿期和多尿期护理: 密切关注患者的 24 h 尿量, 注意预防患者出现泌尿系统的感染, 调整输液的滴速, 若患者伴有消化道出血, 应及时进行止血处理, 伴有感染的患者应进行抗感染治疗。(3) 低血压休克期护理: 患者可能会出现烦躁、惊厥等表现, 此时应对患者补充血容量, 定时测量患者的血压, 并告知患者应绝对卧床休息。(4) 恢复期护理: 恢复期的患者经过较长时间的治疗, 体能消耗较大, 抵抗力下降, 患者极易发生感染, 必要时对患者采取隔离护理。指导患者进行恢复锻炼, 但应注意避免疲劳。

1.2.2.3 心理护理模块 流行性出血热患者由于病情特殊, 会有出血现象, 患者可能会出现负面情绪, 进而影响患者进一步恢复, 所以应当对患者进行疾病知识的健康教育并对患者进行心理疏导。患者入院后由护理人员通过与患者进行沟通, 了解患者的心理状况, 采用汉密顿抑郁量表(HAMD)评估患者的抑郁程度。通过与患者及家属的沟通, 向其耐心讲解流行性出血热的知识, 帮助患者消除焦虑和恐惧等负面情绪, 树立战胜疾病的信心, 争取患者配合医护人员接受治疗, 讲述过程中尽量采用通俗易懂的语言。

1.2.2.4 饮食护理模块 根据患者所处疾病的不同时期对饮食采取相应的干预, 发热期以流食或半流食为主, 主要补充碳水化合物, 适当给予少量脂肪, 糖类摄入为 100~150 g/d, 糖与蛋白质同时摄入, 以防蛋白质分解代谢, 每天摄入的总热量应大于 6 276 kJ。少尿期和无尿期应根据肾功能测定结果来严格限制蛋白质的摄入总量, 避免酸性物质累积。患者在各期均可表现为低钠血症, 因此可适当增加钠的摄入量(11 g/d), 此外应每天食用新鲜蔬菜和瓜果以补充维生素, 低钾时可食用橘子汁。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效评价 参考董云等^[4]研究制订疗效评价标准。显效: 治疗后患者临床症状消失, 实验室检查指标基本恢复正常; 有效: 治疗后患者临床症状有所缓解, 实验室检查指标有所恢复; 无效: 治疗后患者的临床症状未缓解。

1.3.2 症状改善时间 观察并比较患者护理后尿量恢复正常时间、尿蛋白转阴时间、血小板恢复正常时间、发热恢复正常时间、住院时间。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t

检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理后有效率比较 观察组患者显效 32 例,有效 14 例,无效 4 例,治疗总有效率为 92.0%;对照组患者显效 27 例,有效 11 例,无效 12 例,总有效率为 76.0%。两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者护理后相关指标恢复情况比较 观察

组尿量恢复正常时间、尿蛋白转阴时间、血小板恢复正常时间、体温恢复正常时间和住院时间均明显短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者护理后治疗效果比较[n(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	32(64.0)	14(28.0)	4(8.0)	46(92.0)*
对照组	50	27(54.0)	11(22.0)	12(24.0)	38(76.0)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 两组患者接受护理后相关指标恢复时间比较(d, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	尿量恢复正常时间	尿蛋白转阴时间	血小板恢复正常时间	体温恢复正常时间	住院时间
观察组	50	5.32±1.13	6.67±1.74	9.13±2.47	4.97±1.56	11.04±1.42
对照组	50	9.77±1.24	9.36±1.86	11.64±2.55	6.67±1.42	17.37±1.39
t		18.756	7.468	4.999	5.698	22.525
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨 论

青壮年是流行性出血热的易感人群,患者发病后病程相对较长,可呈现典型分期或多期重叠的非典型分期,典型患者会出现发热期、低血压性休克期、少尿期、多尿期、恢复期^[5]。近年来,随着我国医疗技术水平的发展以及人们生活水平的提高,患者对疾病的治疗及护理质量均提出了更高的要求,除了常规的疾病护理,还包括预防并发症,疏导负面情绪等。

本研究采用了模块化护理方式对患者进行护理,结果显示,观察组患者总有效率(92.0%)显著高于对照组(76.0%),且观察组患者的体温恢复正常时间、尿量恢复正常时间、尿蛋白转阴时间及血小板恢复正常的时间均显著短于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。以上结果提示模块化护理在临床上具有明显的优势。由于该病的病程较长,患者免疫力较低^[6],具有典型分期的患者每个阶段需要接受的护理存在明显的差别,因此需要精心护理才能尽可能降低疾病和治疗过程对患者造成的影响,促使患者尽早恢复健康。模块化护理与常规护理方法不同,主要以患者为中心,按照不同的病程分期和患者不同的精神状态采取相应的护理措施,更好地满足了患者的各方面的需求。

将护理过程模块化,本质上是为患者提供优质的护理服务,促进患者早日康复。根据流行性出血热患者的治疗过程,分为基本护理模块、疾病护理模块、心理护理模块、饮食护理模块,针对每个模块由医护人员讨论最佳的护理方案,对患者采取全面性的护理干预措施,缓解疾病给患者带来的痛苦或不适,并对可能存在心理问题的患者给予足够的支持和帮助,使患

者能树立战胜疾病的信心,进而主动配合医护人员接受治疗,从而在多方面体现出模块化护理的优越性^[7]。在患者接受每个模块护理的同时,患者会产生一定的归属感和被尊重感,有助于构建和谐医患、护患关系,降低医患纠纷,提升护理满意度。

综上所述,对流行性出血热患者的护理过程中,采取模块化护理可显著提高临床治疗的有效率,同时明显缩短患者的各个症状的恢复时间及住院时间,促使患者早日恢复健康,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 王凯丽. 肠内营养干预对肾综合征出血热患者预后的影响研究[J]. 中国地方病防治杂志, 2018, 33(2): 105-106.

[2] 王洪亮. 流行性出血热患者眼底改变的临床特点及预后分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2018, 33(2): 30-31.

[3] 崔益明, 吴德军. 血常规和尿常规在早期诊断流行性出血热患者中的应用有效性评价[J]. 中国地方病防治杂志, 2014, 29(1): 56-57.

[4] 董云. 优质护理服务在流行性出血热护理中的应用效果分析[J]. 系统医学, 2017, 2(16): 129-131.

[5] 杨树海. 流行性出血热流行特征分析与预防控制措施[J]. 微量元素与健康研究, 2016, 33(6): 59-60.

[6] 周景霞, 尤丕聪, 刘春涛, 等. 探讨急性肾损伤分期的 KDIGO 标准在选择连续性血液净化治疗介入时机中的指导意义[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(7): 420-423.

[7] 王丽红. 两种护理方法对流行性出血热患者效果观察[J]. 医药前沿, 2014, 4(36): 297-298.