

手足口病流行高峰期患儿收治对策及护理

党惠枝, 黄彬彬

(广西北流市人民医院感染性疾病科, 广西北流 537400 E-mail: dhz6210394@163.com)

摘要: **目的** 探讨手足口病流行高峰期患儿收治对策及护理效果。**方法** 回顾性分析了该院2013年5月~2013年10月入院的1 887例手足口病患儿,在入院时由于床位紧缺及护理人员不足,启用了无床位情况下的应急预案、合理使用护理人力资源、对护理人员进行手足口病相关知识培训、加强病情观察、落实消毒隔离措施、健康教育等对策。**结果** 1 887例手足口病患儿能得到及时办理收治,经过治疗及精心护理,无护理并发症及院内感染发生。**结论** 在手足口病流行高峰期,护士及时有效与家属沟通,采取恰当的护理对策,能解决手足口病患儿的入院问题,使患儿能得到及时有效的治疗。

关键词: 手足口病;流行高峰;收治对策;护理

中图分类号: R473.72

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2014)03-0515-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.110

手足口病是由多种肠道病毒(以柯萨奇A组16型、肠道病毒71型多见)引起的一种常见的急性传染性疾病,多发生于3岁以下儿童。该病传播快、易流行,一年四季均可发病,以夏秋季多见,在短时间内可造成较大范围的流行。少数患儿如得不到及时救治易延误病情引起心肌炎、神经源性肺水肿、无菌性脑膜炎等,甚至导致儿童死亡,近几年来,我国手足口病死亡病例明显增多^[1]。办理入院治疗是医患的一个困扰难题,现就我院手足口病流行高峰期收治对策及护理方法介绍如下:

1 临床资料

回顾性选择2013年5月~2013年10月我科收治的手足口病患者1 887例,均符合《卫生部手足口病诊疗指南(2010年版)》诊断标准,其中男1 236例,女651例,年龄4个月~3岁,平均1.7岁。有发热患儿体温在37.5~38.5℃ 283例,38.6~39.5℃ 75例,无发热1 529例;其中出现肢体抖动38例,皮肤花斑纹28例,转诊上级医院8例。住院3~8 d,平均住院天数5.4 d,出院后1个月回访,复发病例1例,治愈率99.5%。

2 收治对策及护理

2.1 启动物资、护理人力资源应急调配方案 医院定编我科的床位50张,在设备与物资储备不足情况下,请求上级支持,迅速调配医院资源^[2]。护理部、大内科护士长从医院儿科及其他病区调动护理人员充实到科室;科室护理人员达到18~22人。做好科间的沟通与协调,添加病床或排椅、座位、输液挂钩、治疗车等;通过有效措施,缓解高峰期收治的压力,使患儿得到及时救治。

2.2 做好住院预约登记 在手足口病流行高峰期每天有较多患儿需住院治疗,在床位紧缺情况下,科室建立住院预约登记。对患儿遵循先重后轻原则进行收住,如有发热的患儿优先安排住院,其他患儿进行预约登记,预约后收治的患儿暂时安排在排椅、座位上输液观察,待出院患儿离院并进行床单位的终末消毒后搬患儿入床位;对手足口病出疹期(第1期)患儿无须住院治疗,以对症治疗为主。发放《手足口病注意事项》卡,告知患儿家长细心观察,一旦出现EV71感染重症病例的早期表现,应当立即就诊。

2.3 组织培训手足口病相关知识 利用早交班、周会时间组织医护人员学习《卫生部手足口病诊疗指南》以及医院感染预防与控制方法;组织护理查房,跟进护理信息,由护士长结合病例进行解析、提问,让护士直观地学习到手足口病的相关知识,丰富临床经验^[3]。掌握危重症临床表现,尤其是危重症的早期表现,以至能及时发现危重症临床表现的患儿,及时报告与处理,为早诊断、早治疗赢得有利时机。

2.4 合理调配护理人员 疾病流行高峰期,平均每天住院病人70人,办理出、入院病人12~18人。根据工作需要合理排班,弹性排班,特别是中午、晚上以及节假日期间,根据工作量、护士年资及工作能力等对原有排班模式进行调整,按病区地域

将护士分4个组,每组护士2人,每组病均由责任护士全程负责其治疗、护理、消毒隔离和健康知识指导等。针对新调入科的护理人员对科室工作环境、疾病不熟悉的情况,进行入科介绍、讲解常见传染病病种、各种病的临床表现、护理观察要点、治疗措施、传播途径等;在经验丰富高年资护士指导下进行工作,以老配新的方式带动新人员的工作;安排1~2位办公班护士专门负责收住新患儿,测量其生命体征、微量血糖;讲解住院须知、住院环境、手足口病相关注意事项;进行小儿坠床/跌倒、外出等各种风险告知,做简单扼要的健康教育,带患儿到床位或排椅就坐。

2.5 护理

2.5.1 规范工作流程 严格落实三查七对及交接班制度,强化安全检查,保证护理质量及各项治疗护理工作的顺利进行。

2.5.2 密切观察病情 观察体温、心率、呼吸的变化。观察患儿精神状态、有无面色苍白、肢体抖动、皮肤花斑纹、易惊、呕吐、抽搐、嗜睡等,一旦出现上述情况或出现心率、呼吸加快,高热持续不退及时报告处理。做好基础护理如皮疹的护理、口腔护理、饮食护理等,对于拒食、厌食而导致脱水、酸中毒患者,给予静脉补液,及时纠正电解质紊乱^[4]。对疑似或手足口病重症病例及时报告医生,积极配合处理。

2.5.3 落实消毒隔离措施 手足口病传染源为患儿和隐性感染者,发病期传染性很强,传播途径主要通过呼吸道、粪口途径以及接触传播,儿童均易感^[5]。严格划分隔离区域,认真执行消毒隔离制度,保持病室通风、透气,指导家属不要带患儿互串病房。病室内物品尽量专用。每天用移动紫外线消毒机进行空气消毒一次,每次60 min;地面、物体表面、排泄物、呕吐物及其盛装容器使用浓度500 mg/L的含氯消毒液处理;患儿衣被暴晒处理。患儿的床单位、门把手及周围环境均使用浓度为500 mg/L的含氯消毒液擦拭消毒。被服污染随时更换。工作人员做好个人防护。

2.5.4 做好健康指导 患儿家长对疾病相关知识缺乏,91.84%家长产生焦虑情绪,主要与手足口病的暴发流行、重症病例及死亡病例的增加,担心预后有关^[6]。做好心理护理及健康教育是很重要的问题,在患儿哭闹不安,家长忙于哄孩子时,往往对护士的健康教育没有认真听,因此责任护士把握好时机,选择在患儿安静后、家长注意力集中时详细讲解疾病的预防保健、消毒隔离常识,所用药物及作用等;将教育内容穿插在各种治疗、护理、检查中,通过反复与家属讲解,使其知晓手足口病的相关知识,配合治疗。

3 结果

2013年5月~2013年10月手足口病流行高峰期,经过启动应急预案,实行住院预约登记,加强医护人员知识培训,合理调配使用护理人力资源,加强护理管理等措施,我科每天安排患儿住院12~18人,共收住了患儿1 887例,病床使用率达到

123.6%。

4 讨论

手足口病是一种急性传染病,其传播途径复杂、速度快,近年有逐年增多趋势,如患儿得不到及时收住易延误治疗并造成疫情扩散,危害社会。作者通过摸索,在手足口病流行高峰期做好收治和护理,使手足口病患者得到及时、系统治疗,可避免延误治疗和疫情扩散。

参考文献:

[1] 王英,何小周,赵俊伟,等. 2008—2010年全国报告手足口病死亡水平与死亡病例分析[J]. 疾病监测, 2011, 26(6): 424—426.

- [2] 王毅. 急诊高峰时段护理工作的应急管理[J]. 中国药物经济学, 2013, 9: 448—449.
- [3] 周小娟. 小儿手足口病的护理与管理[J]. 中国医药指南, 2013, 11(3): 293—294.
- [4] 龙炳风. 手足口病的预防及护理[J]. 实用临床医学, 2013, 14(11): 131.
- [5] 李向红, 刘承娟. 小儿手足口病的家庭护理和预防[J]. 右江医学, 2011, 39(6): 821—823.
- [6] 田茂兰, 姚丽琼. 健康教育在小儿手足口病患者护理中的作用[J]. 右江民族医学院学报, 2010, 32(6): 961.

收稿日期: 2014—04—18; 修回日期: 2014—04—24

疼痛护理干预在胃癌根治术患者的应用研究

朱建英

(湖南省资兴市中医医院, 湖南 资兴 423401 E-mail: zhujianyinghu@yeah.net)

摘要: **目的** 探讨对胃癌根治术患者采用护理干预在缓解术后疼痛方面的临床疗效以及对术后恢复的帮助作用。**方法** 选取2009年11月~2012年11月在我院进行42例胃癌根治术的患者,随机分为两组,每组21例,干预组与对照组分别采用常规护理以及特定的护理方法,对比分析两组下床活动时间、芬太尼用量和出院时间。**结果** 通过护理干预的患者疼痛程度明显低于临床对照组,护理干预组下床活动时间、芬太尼用量和出院时间明显低于临床对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在胃癌根治术患者中实施护理干预可缓解患者的焦虑情绪,并明显减轻疼痛。

关键词: 胃肿瘤; 疼痛; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: C

文章编号: 1001—5817(2014)03—0516—02

doi: 10.3969/j.issn.1001—5817.2014.03.111

癌症疼痛是癌症根治术常见的病症之一,疼痛不仅给病人身体带来不适,同时也会给病人精神、心理造成极大影响。当前,胃癌根治术后的疼痛的护理已经日渐被重视,患者手术后由于疼痛的影响常可导致休克、窒息等威胁生命的情况发生,同时对术后恢复也有很大影响^[1]。本研究旨在了解护理干预在缓解术后疼痛方面的临床疗效,现汇报如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2009年11月~2012年11月在我院进行胃癌根治术的42例患者,随机等分为两组。干预组男性14例,女性7例,平均年龄为(55.5±3.2)岁;对照组男性12例,女性9例,平均年龄为(54.3±3.7)岁,将两组患者的性别、年龄等资料进行比较,差异无统计学意义。

1.2 处理方法 临床对照组采用一般的常规护理的同时,护士对护理干预组患者术后包括术后的呼吸和循环状况、切口的愈合以及营养等一般情况进行评估,并制定相应的护理干预措施。个体化对患者采取心理护理方式,帮助患者调动潜能,利用积极的语言暗示并耐心听取患者的叙述,帮助患者宣泄自己的情感表达内心最真实的想法。为使患者在术前有一个良好的氛围,要及时与患者的亲属进行沟通,告知术后注意事项,并告知家属尽量保持患者情绪的的稳定防止焦虑的情绪引起疼痛加深加重。指导患者家属转移患者的注意力如听舒缓的音乐和看有趣的读物等,尽量减少术后止痛药物的需求量,防止因用药量大引起的副作用^[2]。如果在术后发现患者肠蠕动恢复并可以排气,应指导患者少量饮水及进食,帮助患者肠道功能的恢复。有责任心的护士应当指导患者少量多餐,进高热量、易吸收的饮食,并逐渐增加进食量。止痛一般选用止痛泵,在患者术后感觉开始恢复的同时,逐渐加剧的切口疼痛,严重影响患者的术后恢复情况,在手术结束的同时,药物作用药效降低,疼痛在术后更为显著^[3]。一旦患者主诉疼痛,临床护士应

立即响应并针对患者手术情况作相应解释,积极采取对症治疗,并将病人的情况及时报告给负责的上级医生^[4]。在临床工作中治疗和护理患者时一定要避免粗暴动作,尽量减少疼痛刺激,帮助病人尽快恢复健康。

1.3 疼痛分期标准 采用国际上通用的视觉模拟评分法(VAS),即将临床上的疼痛分为0~10级(疼痛的程度逐级上升),并制做一把标尺将疼痛的分级标注上并配以解释,在进行临床护理的同时指导病人将自己疼痛的程度进行分级并标注记录(分别于术后5、10、24和48h各评价一次)^[5]。

1.4 统计学方法 在本次研究中采用的是SPSS 18.0统计处理软件,通过此软件对本次研究所得的数据进行分析,计量资料的组间比较采用 t 检验进行分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃癌根治术患者疼痛程度的比较 两组患者通过临床护理身体恢复迅速,护理干预的患者疼痛程度明显低于临床对照组,通过对两组患者进行术后的疼痛分级,护理干预组明显低于临床对照组,差异具有统计学意义,见表1。

表1 两组胃癌根治术患者疼痛程度的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后5h	术后10h	术后1d	术后3d
临床对照组	21	2.34±0.13	2.18±0.21	2.08±0.21	1.97±0.15
护理干预组	21	3.65±0.25	3.35±0.23	3.16±0.25	3.05±0.22
<i>t</i>		21.305	17.215	15.159	18.587
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组胃癌根治术患者术后指标的比较 通过临床比较,下床活动时间、芬太尼用量以及住院时间上护理干预组明显低于临床对照组,差异具有统计学意义,见表2。