

DOI:10.13350/j.cjpb.240818

• 临床研究 •

整体护理措施在输入性疟疾临床诊治中的应用效果观察

毛德华, 魏艳彬, 高升*

(山东第一医科大学, 山东省寄生虫病防治研究所, 山东济宁 272033)

【摘要】 目的 探讨整体护理措施在输入性疟疾诊疗中的应用效果。方法 对2017-2020年收治的输入性疟疾患者实施心理护理、症状护理等多种整体护理手段,观察整体护理前后输入性疟疾患者的临床诊治效果变化情况。结果 136例患者经过6~20d规范化治疗后,其中131例患者临床症状消失,血涂片查疟原虫阴性,达到临床治愈标准;5例患者因治疗不及时、合并其他基础疾病最终发展成重症疟疾,后经积极治疗、精心护理症状明显好转,最终均顺利出院,无死亡病例发生。结论 输入性疟疾患者经过及时、有效的治疗和规范的整体护理,减少了患者并发症的发生,缩短了住院时间,提高了护理质量与满意度,取得了良好的治疗效果。

【关键词】 输入性疟疾;整体护理;效果

【文献标识码】 A **【文章编号】** 1673-5234(2024)08-0955-03

[Journal of Pathogen Biology. 2024 Aug.;19(8):955-957,962.]

Observation on the application effect of holistic nursing measures in the clinical diagnosis and treatment of imported malaria

MAO Dehua, WEI Yanbin, GAO Sheng (Shandong First Medical University, Shandong Institute of Parasitological Disease, Jining 272033, Shandong, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the application effect of holistic nursing measures in the diagnosis and treatment of imported malaria. **Methods** Various holistic nursing measures such as psychological and symptom care were implemented on imported malaria patients admitted from 2017 to 2020, and the clinical diagnosis and treatment effects of imported malaria patients before and after holistic nursing were observed. **Results** After standardized treatment for 6-20 days, 136 patients had their clinical symptoms disappear, and blood smears showed negative results for malaria parasites, meeting the clinical cure criteria; Five patients developed severe malaria due to untimely treatment and other underlying diseases. After active treatment and careful care, their symptoms improved significantly and they were eventually discharged smoothly without any deaths. **Conclusion** Through timely and effective treatment and standardized overall care, imported malaria patients have reduced the occurrence of complications, shortened hospital stay, improved nursing quality and satisfaction, and achieved good treatment results.

【Keywords】 imported malaria; overall care; effect

* 疟疾是由疟原虫寄生于人体、经按蚊叮咬传播的寄生虫疾病,广泛流行于非洲、美洲、亚洲的热带、亚热带和温带边缘地区,每年感染人数约2亿,导致70万左右人口死亡,其中约80%以上发生于非洲^[1]。由于卫生条件的改善和疟疾防控措施不断加强,山东省于2012年实现无当地疟疾感染病例,并在2019年通过国家消除疟疾终审评估。随着我国“一带一路”战略规划的不断推进实施,与非洲等疟疾流行国家的交往日益密切,输入性疟疾患者数量明显增加^[2],本院收治的疟疾患者以输入性恶性疟最为常见,临床多以反复性的发冷、发热、多汗为主要症状,后期可出现脾肿大、贫血等表现^[3],若治疗不及时,可发展为重症疟疾,危及患者生命。

随着医学的不断进步,对护理工作要求也越来越高,传统的护理模式已不能满足患者及临床需要。整

体护理是一种新兴的护理工作模式,以病患为中心,从实际问题出发解决患者的临床需求,通过优质护理服务为患者提供更加细致和体贴的护理,提升患者住院期间的感受和舒适度,对临床治疗有重大的意义^[4]。本研究对2017-2020年本院收治的136例输入性疟疾患者,进行了规范有效的整体护理,取得了很好的治疗效果,现将护理措施及体会总结如下。

材料与方

1 临床资料

输入性疟疾患者136例,均为从非洲各国工作回

* **【通讯作者】** 高升, E-mail: sdjn36071@163.com

【作者简介】 毛德华(1970-),女,山东济宁人,本科,副主任护师,主要从事寄生虫病的临床护理。
E-mail: maodehuade@163.com

国而发病的输入性病例,所有患者均符合输入性疟疾诊断标准。其中男 133 例(97.79%),女 3 例(2.21%),年龄 21~58 岁,平均 38.7 岁,以青壮年男性居多,121 例,占 88.97%。

2 流行性学史

有疟疾疫区停留生活史。136 例输入性疟疾患者均有非洲疫区工作、生活史。

3 临床表现

1)典型表现:周期性寒战、发热、出汗等症状,可出现脾大和贫血。2)不典型表现:发冷、发热、出汗等症状发作周期不规律。3)重症表现:患者出现意识损伤、抽搐、低血糖、酸中毒、重度贫血、急性肾功能衰竭、肺水肿或急性呼吸窘迫综合征、循环衰竭或休克等。

本研究收集 136 例患者均有不同程度畏寒、发热症状,热型不规律,其他临床表现:乏力 52 例,头痛 65 例,恶心呕吐 19 例,肌肉关节酸痛 34 例,腹泻 9 例,贫血 29 例,黄疸 4 例,肝功能异常(ALT 和 AST)78 例,肾功能异常(肌酐和尿素氮)17 例,脾肿大 82 例。

4 实验室检查

136 例患者入院后均行血涂片镜检疟原虫和疟疾 IC 卡检测,其中 124(91.18%)例血涂片镜检见疟原虫,136 例(100%)患者疟疾 IC 卡检测阳性或弱阳性。

5 输入性疟疾的诊断标准^[5]

临床诊断病例:符合输入性疟疾判定标准且具备下列表现之一者:1)具有流行病学史和典型临床表现;2)有流行病学史、不典型临床表现和假定治疗有效者;3)输入性疟疾确诊病例:凡符合输入性疟疾判定标准,不管临床表现典型与否,只要血涂片镜检发现疟原虫或疟原虫检测阳性者。

6 输入性疟疾的治疗原则及方案

治疗原则:早期治疗杀灭原虫,足疗程、足量治疗防止复发或复燃,及时对症治疗和全程精心护理。治疗方案:对轻症输入性疟疾患者采用双氢青蒿琥酯片抗疟原虫治疗,总剂量 8 片,首日 2 次,2 片/次;第 2~3 d 每天一次,2 片/次。重症恶性疟^[6]:首选青蒿琥酯静脉注射,成人 0、12 和 24 h 各 1 次,120 mg/次(2.4 mg/kg),连续至少 7 d;(2)如无青蒿琥酯注射剂,可采用蒿甲醚注射剂肌肉注射。成人首剂 160 mg,以后 1 次/d,80 mg/次;或首剂 3.2 mg/kg,以后 1.6 mg/kg;连续至少 7 d。如患者好转能进食,可停止注射,改服复方青蒿素一个疗程继续治疗,如仍有疟原虫,可延长疗程至疟原虫消失。

在病因(抗疟原虫)治疗的同时,积极对症治疗^[7]。如高热患者给予物理降温,用糖皮质激素防治杀虫反应及退热治疗;合并感染者,加用抗生素;应用速尿或

甘露醇脱水、降颅压;注意患者肝肾功能的保护,提高患者免疫力,同时根据病情变化随时给予营养支持、纠正酸碱平衡及电解质紊乱治疗。

结 果

1 治疗效果评价

通过对输入性疟疾患者全面而有效的整体护理,136 例输入性疟疾患者在经过 6~20 d 规范化治疗后,131 例(96.32%)患者的临床症状消失,出院时及出院后随访血涂片查疟原虫阴性,达到临床治愈标准;5 例(3.68%)患者因治疗不及时、合并其他基础疾病最终发展成重症疟疾,后经积极治疗、精心护理症状明显好转,最终均顺利出院,无死亡病例发生。

2 整体护理措施

2.1 基础护理 保持病房清洁、安静、舒适,做好消毒隔离,防止蚊虫叮咬传染。发作期及缓解期患者应卧床休息,以恢复体力。寒战患者,给予温流质饮食,有呕吐症状,不能进食者,给予静脉补充液体。缓解期可进普通饮食,应注意给予高热量、高蛋白,高维生素,含铁质丰富的饮食,以补充消耗^[8]。

严密观察病情变化情况,及时记录患者体温、热型的变化,如有无头痛、呕吐、脑膜刺激征等脑型疟疾的先兆,及时告知医生采取措施。观察皮肤色泽、有无瘙痒等肝功能异常症状;注意观察患者尿液的颜色及量的改变,警惕发生黑尿热。

2.2 心理护理 对于传染病患者实施心理护理,不仅能减少患者的焦虑、抑郁等负面情绪,还可建立良好的护患关系,具有较为理想的临床效果^[9]。输入性疟疾患者大多数为青壮年男性,常因担心疟疾的预后及治疗过程中可能出现的各种不良反应,对战胜疾病的信心不足。此时护理人员应主动加强与患者的沟通、交流,用通俗易懂的语言做好疟疾的宣讲工作,消除患者心中的焦虑,尽快适应新的环境。患者良好的心理状态,能够帮助他们重新燃起战胜疟疾的信心,积极主动配合临床诊疗工作。

2.3 发热、发冷的护理 发热是输入性疟疾主要症状之一,一般在 38~39℃,少数可达 40℃ 以上,高热可明显增加患者脑细胞的耗氧量,若不及时采取降温措施,可以引起患者抽搐,也可使脑型疟疾患者出现后遗症的几率增加。此时患者应多休息,口服退烧药(乙酰氨基芬等)。同时采用湿毛巾加冰块、酒精擦洗等物理降温措施,必要时可应用亚冬眠疗法,使体温尽可能保持在 38℃ 以下。发冷时可采取加盖棉被或用热水袋等保暖措施,出汗后及时更干燥的换衣物、床单被套,避免着凉^[10]。

2.4 抗疟原虫用药护理 口服抗疟原虫药物(氯喹、

青蒿素衍生物)初期,一些患者可能引起恶心呕吐、食欲不振、皮肤瘙痒,少数患者可出现心律失常等症状^[11]。此时应指导患者饭后服药,减少药物对胃肠道的刺激,并嘱咐患者多饮水或静脉补充液体,促进药物排除体外。静脉滴注氯喹或伯喹时,可引起血压下降、心脏骤停,故应控制静脉输液速度,并密切观察血压、脉搏等改变。一旦出现严重不良反应,立即停止注射,并报告临床医师,采取急救措施^[12]。应用甘露醇等脱水剂治疗脑水肿时,需在较短时间内内输注大量液体,故应注意选择合适的静脉,避免发生药物外渗。应用青蒿琥酯时,易引起溶液不稳定,配制后的溶液如发生浑浊,则不能使用。

2.5 重症疟疾的护理 重症疟疾是由临床或实验室发现因感染疟疾而引起的人体一个或多个重要器官功能障碍;可出现昏迷、重度贫血、急性肾衰、肺水肿或急性呼吸衰竭、低血糖症、循环或休克、代谢性酸中毒等一项或多项临床表现^[13]。治疗原则为抗疟原虫药物结合支持疗法、对症处理,迅速控制病情,挽救患者生命。加强昏迷患者的护理,注意瞳孔变化,严重贫血患者(血细胞比容 $<20\%$ 血红蛋白 $<50\text{ g/L}$)可考虑输血治疗。全身抽搐患者,保持呼吸道通畅,患者头偏向一侧,用压舌板或其他硬物防止咬伤舌部^[14],可给予地西洋 10 mg 静脉缓慢注射,反复发作时也可肌肉注射苯妥英钠。急性肾衰竭时应严格记录患者液体出入量,监测生化指标,并应用利尿剂呋塞米;血尿素氮明显升高时,可考虑血液透析治疗。循环衰竭发生时,限制液体输入量、速度,静脉注射强心药物(西地兰、地高辛)。休克患者应及时扩容,纠正酸中毒,使用多巴胺等血管活性药物。

2.6 疟疾防控知识教育 疟疾可防可治,仍需坚持预防为主,采取多种防治措施。加强对患者疟疾防控知识的普及,尽量避免前往疟疾流行地区工作、生活,在疟疾流行季节使用蚊帐、纱窗、蚊香、灭蚊喷雾剂等防蚊措施,避免蚊虫叮咬。了解疟疾的典型临床症状,在疫区工作回国前,建议进行相关检查,特别是身体不适的,及时发现疟疾,及时就医。在疟疾流行区工作,可以进行疫苗注射或服药预防。归国后有发热、寒战、全身无力等症状者,应想到疟疾的可能,就医时主动向医生提供疫区工作的经历^[15]。另外必须叮嘱疟疾患者必须足量、足疗程服用抗疟药,以求彻底治愈,防止复发。

讨 论

疟疾是一种传染性较强的寄生虫疾病,近几年山东省无本地新发病例,但随着全球一体化步伐的不断加快,我国与非洲、东南亚等疟疾流行区国际交往日益

频繁,境外输入性疟疾的患者有逐年增多的趋势,是近年来新出现的公共卫生问题^[16-17]。136例输入性疟疾患者临床表现复杂多样,轻症者可出现头痛、寒战、发热等典型症状,而且并发症较多,如不重视或治疗不及时,易发展为重症疟疾,危及生命。整体护理是一种以患者为中心的护理模式,可以理解把病与病人视为一个整体;把病人入院到出院视为一个连续的整体。也可以把的护理观念视为一个整体,也就是说对病人的护理是系统的、连续的,要保证病人从入院到出院的护理不间断。因此护理人员要严格按照整体护理的各项措施,主动加强与患者沟通,帮助患者更好地了解病情;也可以根据患者自身情况制订治疗计划,促进康复。在各种整体护理措施中,对于患者的心理护理也越来越重要,护理人员应以热情的态度,采取多种心理护理措施,赢得患者及家属的信任,促进医患关系和谐,增强患者战胜疟疾的信心,取得最佳的治疗效果。另外,医护人员也应加强对疟疾防治知识的宣教,提高患者自我防护能力和积极参与疾病防控的意识,杜绝输入性疟疾引起局部暴发流行^[18]。

整体护理模式使护理人员本身在发现和解决问题等方面的能力、业务知识和技能都得到提高,医患、护患及医护等关系进一步改善,护理质量明显提高;另外患者的并发症也明显减少,缩短了住院时间,取得了良好的治疗效果,值得在临床中推广应用。

【参考文献】

- [1] 汪要旺,袁素娥,李映兰,等. 18例输入性疟疾的护理[J]. 医学临床研究,2014(5):1035-1037.
- [2] 王用斌,孔祥礼,张本光,等. 2012年山东省疟疾疫情流行病学特征分析[J]. 中国血吸虫病防治杂志,2013,25(6):618-622.
- [3] World Health Organization. World Malaria Report 2011 [R]. Geneva:WHO. 2011.
- [4] 林丽丽. 全科护理意识在基层医院综合护理中的应用价值分析[J]. 养生保健指南,2021,20(13):132.
- [5] 王忠磊,王玉茹,付婷霞,等. 非洲输入性恶性疟 91 例临床分析[J]. 中国血吸虫病防治杂志,2013,25(3):324-325.
- [6] 李兰娟. 疟疾诊疗指南[J]. 中国热带医学,2022,22(8):695-701.
- [7] 陈青林,李卫东. 输入性疟疾 35 例临床诊断分析[J]. 现代医药卫生,2014,30(24):3738-3739.
- [8] 徐代霞,邱艳芹. 11 例输入型疟疾的护理干预[J]. 中国医药指南,2013,11(2):36-37.
- [9] 夏国兰,张永杰,孙丽华. 心理护理对传染病患者焦虑和抑郁状态的影响[J]. 心理月刊,2023,9(18):172-174.
- [10] 洪树芹,范霞,张尔康,等. 输入性恶性疟疾 68 例的临床观察护理[J]. 护理实践与研究,2012,9(7):87-88.
- [11] 代敏,汪杏华,郑萍萍,等. 1 例输入性恶性疟疾患者的护理[J]. 当代护士,2008,12(12):75-76.
- [12] 高歌,付婷霞. 输入性疟疾的护理和预防[J]. 寄生虫病与感染性疾病,2016,14(1):8-10.

80%左右,是血清中的主要抗体类型,具有较强的抗感染作用,体液免疫主要是通过IgA、IgG、IgM阻止病原体与细胞结合,水平降低表明机体免疫力下降^[13]。

ESBLs 不仅对第三代头孢菌素的耐药率较高,同时质粒携带的多种耐药基因可在细菌间扩散,对氨基糖苷类、喹诺酮类、磺胺类均呈现较高的耐药率,增加临床治疗难度^[14]。本次研究中,47株肺炎克雷伯菌中共检ESBLs肺炎克雷伯菌18株,35株大肠埃希菌中共检出产ESBLs大肠埃希菌19株。产ESBLs肺炎克雷伯菌对临床常见的12种抗菌药物的耐药率均显著高于未产ESBLs肺炎克雷伯菌。产ESBLs大肠埃希菌对哌拉西林、头孢呋辛、头孢他啶、头孢曲松、头孢吡肟、头孢哌酮/舒巴坦、美罗培南、环丙沙星、莫西沙星、庆大霉素的耐药率显著高于未产ESBLs大肠埃希菌。ESBLs种类较多,主要通过转导、转化及接合等形式转移和获得耐药基因,可造成大规模的院内感染^[15]。本次研究中,产ESBLs肺炎克雷伯菌与产ESBLs大肠埃希菌,主要携带耐药基因型为CTX-M基因,同时携带多种耐药基因的基因型为CTX-M+SHV。临床治疗上,应根据患者病原学结果针对性进行抗感染治疗,同时做好本地区产ESBLs革兰阴性菌的耐药率监测工作,减少多重耐药菌的产生。

综上所述,老年肺癌化疗合并肺部感染患者致病菌主要为肺炎克雷伯菌与大肠埃希菌,外周血免疫球蛋白水平显著降低。产ESBLs肺炎克雷伯菌与产ESBLs大肠埃希菌对临床常用抗菌药物的耐药率较高,携带的耐药基因型主要为CTX-M、SHV。

【参考文献】

[1] Thai AA, Solomon BJ, Sequist LV, et al. Lung cancer [J]. Lancet, 2021, 398(10299): 535-554.

[2] Watanabe K, Shinkai M, Tei Y, et al. Chemotherapy in non-small cell lung cancer patients receiving oxygen therapy [J]. Oncol Res Treat, 2020, 39(10): 587-590.

[3] Avci N, Hartavi M, Kaan, T, et al. Retrospective analysis of the microbiological spectrum of pneumonia in Turkish patients with

lung cancer [J]. Contemporary Oncol, 2021, 20(1): 63-66.

[4] Dafni U, Tsourti Z, Vervita K, et al. Immune checkpoint inhibitors, alone or in combination with chemotherapy, as first-line treatment for advanced non-small cell lung cancer. A systematic review and network meta-analysis [J]. Lung Cancer, 2019, 134(5): 127-140.

[5] Hoyle N, Zhvaniya P, Balarjishvili N, et al. Phage therapy against *Achromobacter xylosoxidans* lung infection in a patient with cystic fibrosis: a case report [J]. Res Microbiol, 2018, 169(9): 540-542.

[6] Vento S, Cainelli F, Temesgen Z. Lung infections after cancer chemotherapy [J]. Lancet Oncol, 2018, 9(10): 982-992.

[7] 中华医学会, 中华医学会肿瘤学分会, 中华医学杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018版) [J]. 中华肿瘤杂志, 2018, 40(12): 935-964.

[8] Mulvey MR, Grant MG, Plewes K, et al. New Delhi metallo-β-lactamase in *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli*, Canada [J]. Emerg Infect Dis, 2011, 17(1): 103-106.

[9] 卢贵芹, 洪静芳, 张会. 肺癌根治术后肺部感染患者病原学特征及血清炎症指标对早期感染的预测价值 [J]. 中国病原生物学杂志, 2023, 18(12): 1448-1451, 1456.

[10] 王临英, 朱丹, 陈慧, 等. 肺癌化疗患者肺部感染病原学及肺炎克雷伯菌分离株耐药基因 [J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(2): 182-185.

[11] 徐倩倩, 朱振华. 晚期肺癌化疗患者医院感染的病原学特点及影响因素分析 [J]. 临床肺科杂志, 2020, 25(8): 1241-1245.

[12] 刘联斌, 黄刚, 郭守俊. 晚期肺癌患者化疗后肺部感染的病原菌分布和对免疫功能的影响研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(22): 5105-5108.

[13] Suyama T, Fukuda Y, Soda H, et al. Successful treatment with nivolumab for lung cancer with low expression of PD-L1 and prominent tumor-infiltrating B cells and immunoglobulin G [J]. Thorac Cancer, 2018, 9(6): 750-753.

[14] 王高彪, 郑冠宇, 于丽. 治疗产超广谱β-内酰胺酶肺炎克雷伯菌感染的疗效-成本分析 [J]. 西北药学杂志, 2022, 37(4): 182-187.

[15] 张晶晶, 谢永富, 黄印启, 等. 超广谱β-内酰胺酶肺炎克雷伯菌底物筛选与耐药性及耐药基因分型研究 [J]. 中国病原生物学杂志, 2016, 11(7): 661-664, 668.

【收稿日期】 2024-04-22 【修回日期】 2024-06-28

(上接 957 页)

[13] 华海涌, 孙芳, 陈伟, 等. 世界卫生组织《重症疟疾管理实用手册》(第三版)解读 [J]. 中国热带医学, 2018, 18(7): 643-645

[14] 秦红英, 王俊英, 靳燕彩. 28例输入性疟疾的临床观察与护理 [J]. 中国医学创新, 2012, 9(22): 68.

[15] 李三井, 郑遂玲, 于永敏, 等. 输入性恶性疟疾41例临床分析 [J]. 中国工程医学, 2011, 6(19): 94-95.

[16] 白爱英, 郭英慧, 刘尊玉, 等. 2011-2014年济南市疟疾疫情流行

特征分析 [J]. 中国病原生物学杂志, 2016, 11(2): 161-163, 168.

[17] 许艳, 孔祥礼, 赵长磊, 等. 2014年山东省疟疾疫情流行病学分析 [J]. 中国血吸虫病防治杂志, 2016, 28(1): 30-33.

[18] 林红, 徐岁, 邵雷, 等. 1例输血传播恶性疟疾的流行病学调查和分子生物学分析 [J]. 中国病原生物学杂志, 2017, 12(11): 1105-1107.

【收稿日期】 2024-03-25 【修回日期】 2024-06-17