

要求为核心,一切以患者的角度出发。部分医生由于自身知识的自负和态度的问题,有时认为患者反映的问题只是他们急于求医的错误认识,固持己见,最后耽误了病情。良好的态度只是以人为本的一部分,治疗环境、服务流程、技术形象等都能够不同程度影响到治疗效果。因此急患者所急,想患者所想,本着一切为患者解决问题的思想,尽最大努力满足患者的合理要求。使患者需求得到满足,心情愉快的积极配合治疗,突显以人为本治疗理念的优势。

3 竞争理念与人文关怀相结合,建立积极和谐的护理环境

3.1 运用“牛蝇效应”,发挥护士的积极性 激励效应即“牛蝇效应”。护士长期工作在医院的第一线,护士长应该尽量满足他们心中的愿望,使其转化为良好的动机,最终转化为有利于工作的行动^[4]。比如开导抑郁者、耐心的帮助工作中受挫者,合理的进行工作分配,满足调班申请,裁决问题时做到公正,时常进行的物质和精神鼓励等。通过优秀护士等活动的评比,激励护士,让护士产生荣誉感,更加努力的工作,建立积极和谐的护理环境^[5-6]。

3.2 人尽其才,提高医护效果 护士长应多了解员工的工作能力和擅长范围,作为护士的知心朋友,在交谈、工作、生活中,可以观察其活动细节特点,结合他们的性格特点、擅长方向进行合理的工作分工,从而做到人尽其用,让每名护士在最适合自己的岗位上发光发热。知人善任、人尽其才、正确的协调工作的关系,能够有效提高医护工作效率,为患者提供更好的医治环境。

护士长作为护士工作的负责人,是医院开展医疗服务工

作;提高患者满意度的基石,关系到医院在患者心中的形象^[7-8]。上述的工作方式、方法是符合当今社会的发展趋势,有利于团结护士群体,激发护士工作积极性,提高患者的满意度,减少医患矛盾的发生。

参考文献

- [1] 邓小燕. 人性化管理在护理管理中的应用探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(9): 221-222.
- [2] 周燕. 以人为本的人性化护理管理激励机制对提高护士工作积极性的影响[J]. 中外医学研究, 2012, 10(32): 102-103.
- [3] 张艳玲, 刘兰云, 乌仁其木格. 人性化服务在整体护理中的应用[J]. 包头医学, 2008, 32(1): 34-36.
- [4] 芦鸿, 张渝. 人性化管理在医院护理管理中的应用探讨[J]. 中国医药指南, 2012, 10(24): 695-696.
- [5] 张元云. 人性化管理模式在护理管理中的运用[J]. 中国实用医药, 2013, 8(16): 261-262.
- [6] 王丽华. 人性化护理在骨科中的应用[J]. 中外医学研究, 2011, 9(7): 58-59.
- [7] 邱亦萍. 在护理管理中人性化管理的运用分析[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(32): 461-462.
- [8] 王素平. 综合性人性化护理对提高外科患者护理满意度的作用[J]. 光明中医, 2012, 27(6): 1274-1275.

(收稿日期: 2013-05-17 修回日期: 2013-07-18)

输入性黑热病 1 例报道

尹贵平, 肖 彬(四川省绵竹市人民医院检验科 618200)

【关键词】 黑热病; 利杜体; 中华白蛉

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 22. 080 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)22-3083-02

黑热病国际统称“内脏利什曼病”, 中国五大寄生虫病之一; 是由杜氏利什曼原虫(又称利杜体)寄生于人体内脏的巨噬细胞中而引起的一种寄生虫疾病, 由白蛉为传播媒介。患者主要表现为长期不规则的发热, 消瘦, 肝、脾、淋巴结肿大, 以进行性脾大常见, 全血细胞减少和蛋白比例倒置等, 如不给予合适的治疗, 患者大都在得病后 1~2 年内因并发症而死亡。目前本省黑热病主要流行于川西北的汶川、南坪、茂县、理县、北川和黑水等 6 县(市)^[1]。在非疫区的输入性病例较少见, 易被误诊和漏诊。现将本院收治的 1 例输入性黑热病报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 60 岁, 羌族, 四川茂县人。因“反复咳嗽、咳痰, 伴潮热、盗汗 1 年”先后在周边大医院按“慢性支气管炎、肺气肿”进行治疗, 病情未见好转, 近半月症状加重, 伴气紧心累于 2012 年 12 月 28 日来本院就诊, 门诊以“慢性支气管炎伴肺气肿”收治入院。入院查体, 体温: 37. 3℃, 脉搏: 80 次/分, 呼吸: 20 次/分, 血压: 104/76 mm Hg, 体质量: 55 kg, 身高: 180 cm。神志清楚, 急性病容, 皮肤、巩膜无黄染, 全身浅表淋巴结未扪及肿大, 双肺叩诊呈过清音, 双肺呼吸音低, 闻及散在干湿啰音。腹部柔软, 无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未触及。无下肢水肿, 无咯血、呕血现象, 无胸痛。入院后进行辅助检查, 血常规: 白细胞(WBC) $1. 87 \times 10^9/L$, 红细胞(RBC) $3. 35 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白(Hb) 98 g/L, 血小板计数(PLT) $90 \times 10^9/L$ 。血凝试

验正常, 肝功能试验: 总蛋白 82. 9 g/L, 清蛋白 28. 0 g/L, 球蛋白 54. 9 g/L, 清蛋白与球蛋白比值为 0. 5, 丙氨酸氨基转移酶 391 U/L, 红细胞沉降率(ESR) 140 mm/h, 肿瘤标志物及其他生化指标均未见明显异常。腹部 B 超显示脾大、脾静脉增粗, 心脏彩超未见明显异常。胸片显示双下肺少许炎症, 左侧肋膈角胸膜增厚。初步诊断: (1) 慢性肺心病失代偿期; (2) 肺部感染。2012 年 12 月 31 日血常规: WBC $1. 24 \times 10^9/L$, RBC $3. 27 \times 10^{12}/L$, Hb 96 g/L, PLT $83 \times 10^9/L$ 。修正诊断: (1) 白细胞减少症; (2) 慢性肺源性心脏病失代偿期。给予抗感染、升白细胞治疗。2013 年 1 月 3 日再次复查血象显示: WBC $1. 2 \times 10^9/L$, RBC $2. 9 \times 10^{12}/L$, Hb 88 g/L, PLT $80 \times 10^9/L$, 三系均有不同程度的减低, 治疗无效。上腹部磁共振显示: 肝硬化, 脾大, 腹膜后多个肿大淋巴结, 左侧胸腔少量积液。同时行骨髓穿刺作骨髓细胞学检查, 结果显示: 有核细胞增生活跃, 粒、红、巨系统细胞形态未见明显异常, 但浆网细胞稍显增多, 同时查见胞内及网状巨噬细胞崩裂而散出的利杜体(图 1、2), 要考虑患者是因利杜体感染而致的黑热病。考虑到患者是阿坝州茂县人, 而新中国成立后该县一直为该病疫区, 经追问该患者目前虽在绵竹定居, 但 2012 年回阿坝州 2 次, 有不规则发热史, 从流行病学史、临床症状、实验室检查, 结合血象、骨髓象特点及在骨髓中查见黑热病的病原体——利杜体, 可确诊为黑热病。最终修正诊断为黑热病。

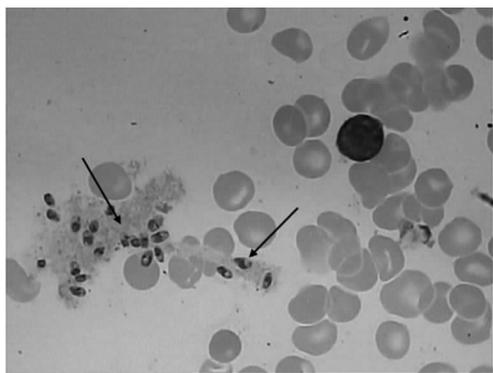


图 1 红细胞间散在的利杜体(瑞氏染色)

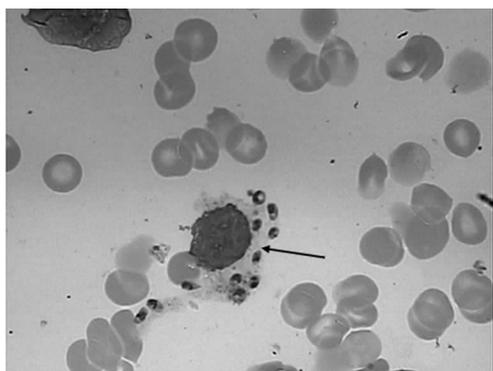


图 2 网状细胞内的利杜体(瑞氏染色)

2 讨 论

2.1 传染病及流行病学特点 黑热病或称内脏利什曼病,系杜氏利什曼原虫引起的通过白蛉传播的一种人畜共患寄生虫病,传染源为患者和病犬,传播媒介主要为中华白蛉。黑热病主要流行于地中海、印度和中国。在中国现主要流行于新疆、甘肃、四川、内蒙古、陕西和山西等西部 6 省。

2.2 临床表现及实验室检查特点 主要症状为不规则发热,同时有咳嗽、出血倾向、消瘦及贫血等症状,肝、脾、淋巴结肿大,以脾大为其主要体征。由于脾功能亢进,造成全血细胞减

少,随脾增大而加重;因肝脏合成清蛋白能力下降和浆细胞的增生,使血液中清蛋白降低而球蛋白显著增高而致蛋白与球蛋白比例倒置。病原体检查是确诊黑热病最可靠的方法^[2],骨髓穿刺如查见利杜体,即可确诊,其阳性率可达 90%。

2.3 鉴别诊断 结核、脾功能亢进、恶组、多发性骨髓瘤等,虽然黑热病初起时表现不典型,与上述疾病在症状和体征上相交叉,但各自在骨髓细胞学上具有鉴别意义,特别是在骨髓涂片时找到黑热病的病原体——利杜体为确诊该病提供了有力证据。

综上所述,黑热病目前在中国大部分地区虽然已得到很好的控制,但在新疆、甘肃和四川 3 省每年仍有病例报道。据统计非疫区流动人口检出病例均有流行季节疫区居留史,四川省非疫区患者人数近年呈上升趋势,特别是地震灾后非疫区流动人口患者人数增多,存在黑热病局部暴发风险,应加强相应的防治对策^[3-4]。本市近 20 多年来还未见该病例,该病例为有疫区居留史的非疫区输入性病例,易被误诊和漏诊。因此如遇长期持续不规则发热、贫血、肝、脾及淋巴结肿大,而实验室检查显示三系减少、A/G 比例严重倒置,经治疗无效时,应重视流行病学调查,考虑有无寄生虫病的可能。骨髓细胞学检查时应注意查找有无寄生虫,以免漏诊和误诊。

参考文献

- [1] 钟莉,杨可. 输入性黑热病 5 例报告[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(25):183.
- [2] 吴征鉴. 中国医学百科全书·寄生虫学与寄生虫病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1984:18.
- [3] 张富南,胡雅劫,张丽萍. 1985~2009 年四川省非疫区流动人口黑热病发病分析[J]. 预防医学情报杂志,2011,27(3):186-190.
- [4] 张富南,张丽萍,张建国. 四川省地震灾后黑热病流行动态与防治现状[J]. 寄生虫学与感染性疾病,2011,9(2):59-63.

(收稿日期:2013-03-20 修回日期:2013-07-12)

基层医院重症监护室清洁工人的感染管理

陈 琼(重庆市第十二人民医院 400020)

【关键词】 重症监护室; 清洁工; 医院感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3084-02

医院感染管理工作涉及面广,包括医疗、护理和后勤等方面,而清洁工作又是医院感染管理科督查的首要环节。在本院,清洁工人的感染管理是一个薄弱环节,容易被忽视。特别是重症监护室的清洁工,由于都是外聘人员,文化水平普遍较低,缺乏卫生知识和自我防护意识,接受新知识的能力慢。据文献^[1]报道重症监护室内感染比普通病房高出 3~4 倍,又因重症监护室与普通病房同在一层楼,极易导致患者交叉感染。本院通过加强对重症监护室清洁工人的管理,对医院感染存在的问题进行分析,并提出相应措施,现报道如下。

1 存在的问题

1.1 缺乏参与意识 由于清洁工人是外聘人员,流动性大,存在着与己无关的思想。而重症监护室都是卧床患者,无家属照看,因此,清洁工人体力劳动强度相对普通病房的工人劳动强度要大,加上部分清洁工人素质较低,缺乏责任心,为尽快完成

工作任务,工作内容交叉进行,极易造成院内感染的发生。

1.2 缺乏消毒隔离知识 重症监护室消毒要求明显高于普通病房。由于患者病情重,病种复杂,因治疗需要置入患者体内的管道多,在治疗过程中,细菌随时都可能污染各种仪器、物体表面、地面等,而清洁工人由于消毒隔离知识缺乏,往往认识不到危害性,在工作中为了节省时间,注重清洁,忽视消毒,或者在配制消毒液时随意性较大,未达到消毒要求,也会造成细菌的传播而引发感染。

1.3 缺乏手卫生常识 清洁工人的手是造成院内感染的直接途径。由于清洁工人工作繁杂,外出送检次数多,且手长期接触患者的分泌物、排泄物以及被污染的医疗废物等,而多数清洁工人不知道规范洗手的方法,洗手质量差,每天从工作开始到结束不能正确洗手和使用手消毒剂,或者是戴着同一副手套操作至工作结束,无形中手变成了细菌的直接载体,造成医