

CBL 的方式授课。在皮肤放射损伤章节中,则多以典型案例为基础,采用 CBL 结合 LBL 的教学方式授课。针对防原医学是以研究放射性疾病的发生、发展规律及其诊断治疗的特点,设置以疾病发生发展的规律相关的问题,授课时采用案例回顾、小组讨论、回答问题、辨析问题、教员总结评讲的方式展开,主要分为以下几个步骤:首先,回顾案例,将学生分团队指定问题;其次,针对问题,展开讨论;再次,学生派一名代表组织、总结归纳各组意见,提出初步的意见;最后,学生分析其他小组意见,互相交流,教师检查结果,并最后点评。

实施过程中教员要充分调动每位学生的积极性,要确保学生的活力,力争让每一位同学都能发表意见,让每一位学生都受到重视,保持学生有较高的热情来学习分析案例。同时,教员对每组学生的结果都要点评,并从问题中找到答案,让学生理解掌握所学知识。

2.4 教学的评价 合理的教学评价是评估各种教学方法的有利手段。采用理论考核、现场提问、问卷调查等方式综合评价,力争较全面地评价各种教学方法对教学质量提高、对学生学习能力培养的效果。

3 多种教学模式在防原医学中的体会

鉴于上述几种教学模式各有所长,在防原医学教学中尝试采用 TBL 结合 CBL 和 LBL 的方式来授课,力求提高防原医学教学质量。在不同章节授课时,根据不同的章节选择不同的教学方式,如在急性放射病章节教学中,运用到了 TBL、CBL、LBL 3 种方式结合授课,本章节是整个防原医学学科中最重要的章节,具有放射病的典型特点,学生们学好了这一章节对后续的学习内容更容易理解和掌握。

TBL 与 CBL 都是以培养学生的自主学习能力和提高学习效果为目的^[7-8]。一方面,以团队协作为基础,发挥团队中每一位成员的知识水平和思维能力,成员之间还能相互敦促和带动;另一方面,团队分工明确,每一位成员可以利用个人所长,用最少的时间完成任务,减轻了学生的学习负担,由个人学习转变为团队学习,提高效率的同时,还能增加学生的自信心^[9]。而且笔者在教学中也发现,大多数学生都更喜欢团队作业,学生的学习热情更高,主动性更强,对所学知识更能理解掌握,并且掌握得更牢固,学习成绩较以往也有了一定的提高。最重要的是通过这种教学方式,能更好地培养学生分析问题,解决问题和应对各类紧急事件的能力。单一的知识点可以通过自学

就能掌握,但是临床的思维需要大量实践和积累,而 TBL 和 CBL 方式在培养学生解决有一定难度问题方面比单一 LBL 传统教学更有优势。但是 TBL、CBL 对教师能力要求更高,需要教师花大量的精力准备病例并引导问题的设计,把握课堂讨论的气氛,完善课后的总结^[10]。另外,学生也需要花更多的时间来查找案例,寻找问题的答案。

综上所述,将 TBL、CBL、LBL 3 种方式结合授课不仅可以做到节约课堂时间,还能更好地调动学生的学习兴趣 and 自主学习能力,培养学生分析问题、解决问题的能力,以及团队合作的精神。

参考文献

- [1] 胡嘉卉,李文鸿. 经济类高等数学分层教学的实践研究[J]. 教育教学论坛,2011,2(5):218-219.
- [2] 张清伟,宋佳玉,王锋,等. CPL 结合 TBL 教学在妇产科学临床实习教学中的应用体会[J]. 重庆医学,2016,45(8):1133-1134.
- [3] Mody SK, Kiley J, gawron I, et al. Team-based learning: a novel approach to medical student education in family planning[J]. Contraception,2013,88(2):239-242.
- [4] 周成全,刘海梅,闫福曼,等. TBL 教学模式在生理学教学中的应用探索[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(12):15-16.
- [5] 郝玉徽,任润,黄嘉伟,等. CBL 结合 TBL 在防原医学教学中的应用[J]. 重庆医学,2015,44(32):4599-4601.
- [6] 李昱. TBL、CBL 与 PBL 融合教学法在病理实验课中的应用[J]. 西北医学教育,2012,20(2):327-329.
- [7] 李海燕,朱庆文,高蔚,等. “TBL-CBL-PBL”生理学实践教学法的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(6):68-69.
- [8] 郑霞霞,胡兆华,方仙桃,等. TBL 教学中学生角色转变的调查研究[J]. 卫生职业教育,2011,29(21):125-126.
- [9] 张兵. TBL 结合 CBL、PBL 在麻醉本科临床实习中的应用研究[J]. 中国继续医学教育,2016,8(1):27-29.
- [10] 赵恒光,方圣,李惠. 浅析皮肤科 PBL 教学模式的困境与对策[J]. 卫生职业教育,2014,32(5):15-16.

(收稿日期:2016-09-22 修回日期:2016-12-19)

精神障碍患者合并 HIV 感染的护理体会

徐兴红¹, 彭倩², 倪小玲^{1△}, 刘兴高³

(重庆市精神卫生中心:1. 护理部;2. 男病区;3. 检验科 400036)

摘要:目的 探究合并人类免疫缺陷病毒(HIV)感染的精神障碍患者的安全管理及护理措施。方法 对该中心 2013 年 6 月至 2016 年 6 月住院收治的 6 例合并 HIV 感染的精神障碍患者的管理及护理措施进行分析。结果 6 例患者住院期间未发生 HIV 院内交叉感染,其中 5 例患者好转出院,1 例患者自动出院。我院护士在护理工作中发生艾滋病一级职业暴露 2 例,及时处理伤口,尽早、规范阻断用药,未发生 HIV 感染。结论 精神障碍合并 HIV 感染者具有双重疾病,护理难度大,需要护士加强学习 HIV 的全面知识,掌握艾滋病职业防护技能,加强防范意识,减少职业暴露,同时探索更有效的护理措施,促进患者疾病转归,增强治疗信心,提高生活质量。

关键词:精神障碍; 人类免疫缺陷病毒; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.067 **文献标志码:**B **文章编号:**1672-9455(2017)06-0900-03

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征(AIDS),是指人感染了人类免疫缺陷病毒(HIV)而引起的一种难治性的传染性疾

病。中国疾病预防控制中心的数据显示,截至 2016 年 5 月 31 日,全国现存活 HIV 感染者/AIDS 患者共计 618 989 例,其中 HIV 感染者 363 213 例,AIDS 患者 255 776 例^[1]。随着艾滋病的迅猛传播,在精神科就诊的合并 HIV 感染的精神障碍患者也日益增多。部分患者入院时隐瞒或未主动告知 HIV 阳性,而常规的 HIV 筛查要入院后才进行,因此部分精神障碍患者感染 HIV 具有隐蔽性。由于精神障碍患者发病时思想、行为不受控制,精神科护士艾滋病职业暴露的风险大大增加。精神科护士必须加强 HIV 相关知识学习,掌握艾滋病的职业防护技能,加强防范意识,降低职业暴露,同时探索更有效的护理措施,促进患者疾病转归,增强治疗信心,提高生活质量。

1 一般资料

回顾本中心 2013 年 6 月至 2016 年 6 月共收治合并 HIV 感染的精神障碍病例 6 例,经医学检查确定为 HIV 感染者 4 例,确诊为艾滋病 2 例;符合中国 CCMD-3 精神障碍诊断标准。其中男 5 例,女 1 例,年龄 34~74 岁。3 例在入院时主动告知感染 HIV;1 例告知有烟熏吸毒史,否认感染 HIV;2 例精神分裂症病史多年,长时间流浪在外,具体资料不详。

2 安全管理

本中心护理人员发生艾滋病职业暴露 2 例,均为实施冲动行为为干预时发生,其中被患者咬伤 1 例,抓伤 1 例。精神科护理人员皮肤损伤是职业暴露的危险因素之一^[2]。需从以下方面进行安全管理。

2.1 加强护理人员安全培训

2.1.1 行为干预 对攻击倾向明显、行为紊乱、或自杀自伤的患者实施保护约束时,避免强行用力阻止,以免激怒患者,发生不必要的患者自伤或医务人员受伤。应耐心、巧妙地劝导患者,选择恰当时机制服患者的冲动行为,在约束时护理人员至少两人以上一起进行,双手戴手套,避免被其抓伤或咬伤。

2.1.2 加强理论学习,提高安全防范意识 定期学习艾滋病的疾病知识及防护措施,掌握艾滋病职业防护技能,建立艾滋病职业暴露应急预案。熟悉艾滋病职业暴露的上报流程,及时上报。

2.2 患者的安全管理 入院时加强违禁物品检查,严禁将剪刀、刀片、绳索等带入病房,住院期间采取定期或不定期安全检查,确保患者无违禁物品。每周为患者剪一次指甲,防止患者抓伤皮肤。做好患者 HIV 感染的隐私保护,避免其他精神患者恐慌,发生不必要的伤害。

2.3 病区环境安全管理 将患者置于单间病房隔离安置,房间内的摆设尽量简单适用,加强安全巡视及全方位监控。

2.4 做好消毒隔离 患者使用过的衣服、床单等在双层带有防渗透塑料袋内,在袋子外用红色字体注明“严防感染”,凡是与患者接触过的床单用固定的单机消毒清洗。装有排泄物的塑料袋用含氯制剂浸泡消毒处理。用后的棉球、棉签、纱布等一次性耗材用塑料带包好烧毁。每项工作结束时按照《手卫生规范》进行洗手。治疗室及隔离病室定时开窗通风,桌面和地面均用含氯消毒液擦拭或湿式拖地,防止院内交叉感染。

3 护理措施

3.1 基础护理

3.1.1 环境护理 舒适环境的管理是重要的护理活动,特别

是对住院患者,适宜的光线、温湿度、气味能提高环境的舒适度^[3-4]。合并 HIV 感染的精神障碍患者安置于隔离病室,病房环境单一、枯燥,缺乏与其他患者的沟通交流,患者容易出现自闭或有强烈的孤独感,从而加重精神症状,增加自伤、自杀等潜在危险。在条件允许的情况下安排专人陪护,一方面缓解患者的孤独感,另一方面做好患者的安全护理,及时发现异常行为。

3.1.2 饮食护理 艾滋病属于机体消耗性疾病,患者消瘦,机体免疫力差。HIV 对消化系统的影响致使患者的食欲低下,患者常伴有焦虑、抑郁情绪,并且可受幻觉、妄想的支配不愿进食。为促进食欲、鼓励进食可参考患者饮食习惯,为其提供高热量、高蛋白、高维生素、低脂饮食,保证患者足够能量。如患者出现恶心、呕吐的症状,采取少食多餐的方式帮助患者进食。对拒绝进食者必要时可遵医嘱静脉补充营养。

3.1.3 药物护理 加强药物治疗,尽快控制和缓解精神症状。当患者受幻觉、妄想支配,行为躁动不安,医护人员要尽快使患者安静下来,必要时可用镇静药物或临时保护性约束。合并 HIV 感染的精神障碍患者存在自制力缺乏或对治疗丧失信心表现,常常发生拒服药、吐药或藏药等不配合治疗的现象;应及时分析患者发生这些现象的原因,汇报主管医生,对患者进行心理干预,提高治疗的依从性^[5]。

3.1.4 睡眠护理 合并 HIV 感染的精神障碍患者多发生睡眠节律等神经功能障碍,应将患者安置在灯光柔和安静的病房;在精神症状得到控制以后,鼓励患者白天在隔离病室内多活动,减少卧床时间;睡前避免观看刺激性节目,教会患者用冥想等方式放松;如有人入睡困难或早醒者遵医嘱给予辅助用药;夜间禁止患者蒙头睡觉,加强夜间巡视,防止意外事件的发生。

3.2 心理护理 HIV 感染的患者通常表现为否认、躲避、恐惧、愤怒、沮丧、抑郁、报复等负性情感,因此,心理护理首先应建立在接纳的基础上^[6]。同时,护理人员应掌握开展心理护理的相关知识,加强与患者及家属的沟通交流,充分了解患者的心理状况,建立良好的护患沟通关系,开展有针对性的疾病科普宣教和心理护理,使他们对疾病有科学的认识和正确的态度^[7]。

3.2.1 护理人员的心理护理 蓝爱春等^[8]对护理人员做了为艾滋病患者提供护理服务的意愿调查,仅有 34.4% 的护理人员愿意为艾滋病患者实施全部护理,主要是害怕被传染,逃避患者。部分护理人员由于缺乏艾滋病相关知识,对艾滋病存在排斥心理,谈“艾”色变,不愿从事艾滋病护理。在护理人员中开展艾滋病知识学习,帮助克服心理障碍,避免过度防护对患者产生恐惧心理,增强护士对 HIV 感染患者护理的信心。

3.2.2 家属的心理指导 HIV 感染患者家庭支持率低下,护士应及时了解患者家庭情况,在能力范围内为家属提供帮助,为患者争取良好的社会支持^[8-9]。为家属提供有关艾滋病传播途径及治疗转归的相关知识,消除家属因对艾滋病的恐惧而对患者产生的疏远、隔离。鼓励家庭成员以良好的情绪和积极的态度接纳患者,使患者得到家庭最大的照顾和支持,减轻患者焦虑孤独无助的感觉,从而提高患者面对挫折或压力时的心理水平^[10]。

3.2.3 患者的心理护理 艾滋病是严重危害人类健康的传染病,它不仅给患者造成生理上的巨大伤害,同时也在心理上给

患者带来严重的创伤^[11]。HIV 感染对患者的心理、情感、社会功能、生活方式和家庭关系等方面造成了巨大的冲击。真诚与患者交流,建立互信的护患关系,为患者介绍艾滋病的治疗成果,让患者认识到艾滋病已不再是一种致死性疾病。待精神症状控制后,鼓励患者多参加娱乐活动,给予音乐疗法^[12],舒缓、轻柔、悠扬的音乐能提高患者的舒适度,改善患者的焦虑、消沉、低落的情绪,增强机体免疫力,增加患者接受治疗的信心。

4 小 结

合并 HIV 感染的精神障碍患者不仅是一个医学问题,也是一个严重的社会问题。精神障碍并发 HIV 感染具有双重疾病,以精神症状为主要表现,同时精神障碍是一种长期的疾病,需要长期乃至终身药物支持,加大了护理难度。在护理过程中要以安全为主,通过安全有效的管理和护理,降低职业暴露的发生,同时增强患者治疗信心,积极调动社会支持系统,给予患者全方位的支持,促进患者康复,维护社会稳定。

参考文献

[1] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心. 2016 年 5 月全国艾滋病性病疫情及主要防治工作进展[J]. 中国艾滋病性病, 2016, 21(7): 487-490.

[2] 王君. 艾滋病合并精神障碍护理工作中职业暴露风险和防范对策[J]. 中外医疗, 2011, 30(18): 178.

[3] 陈金钰. 纠正不良的护理工作习惯和行为减少针刺伤

[J]. 现代护理, 2005, 11(24): 2092-2093.

[4] 李银花. 我科艾滋病护理与管理中存在的问题与对策[J]. 口岸卫生控制, 2015, 5(5): 47-49.

[5] 覃钟敏. 心理护理干预提高艾滋病患者治疗依从性的效果观察[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(8): 1106-1107.

[6] 瞿洋, 刘英杰. 艾滋病感染者心理干预初探[J]. 中国性科学, 2015, 24(1): 108-110.

[7] 刘红霞, 葛艳亮. 护理人员艾滋病知识及职业暴露防护水平调查研究[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(10): 36-37.

[8] 蓝爱春, 郑小琴, 胡显玲. 护理人员艾滋病护理意愿及影响因素研究[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(14): 65-66.

[9] 宋萍伟. 住院艾滋病患者的护理需求及相关因素研究[D]. 福州: 福建医科大学, 2009: 1-55.

[10] 王玮, 任桂秋, 肇恒伟, 等. 苯丙胺类兴奋剂滥用者心理健康状况及其影响因素研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2013, 22(2): 131-134.

[11] 秦虹春. 艾滋病手术患者的心理护理[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(4): 269-270.

[12] 谢春梨, 石柳春, 梁桂月, 等. 音乐疗法对艾滋病抗逆转录病毒治疗患者胃肠道反应的影响[J]. 护理学杂志, 2012, 27(9): 29-30.

(收稿日期: 2016-10-05 修回日期: 2016-12-07)

(上接第 898 页)

et al. Clinical features and complications of the HLA-B27-associated acute anterior uveitis: a metanalysis[J]. Semin Ophthalmol, 2016, 6(12): 1-13.

[8] Dong HY, Kung JX, Bhardwaj V, et al. Flow cytometry rapidly identifies all acute promyelocytic leukemias with high specificity independent of underlying cytogenetic abnormalities[J]. Am J Clin Pathol, 2011, 135(1): 76-84.

[9] Trehwhitt KG. Bone marrow aspiration and biopsy: Collection and interpretation [J]. Oncology Nursing Forum, 2001, 28(5): 1409-1415.

[10] Madan V, Shyamsunder P, Han L, et al. Comprehensive mutational analysis of primary and relapse acute promyelocytic[J]. leukemia, 2016, 25(10): 1038-1045.

[11] Revenfeld AL, Steffensen R, Pugholm LH, et al. Presence of HLA-DR molecules and HLA-DRB1 mRNA in circulating CD4⁺ T cells[J]. Scand J Immunol, 2016, 84(4): 211-217.

[12] Leaderer D, Cashman SM, Kumar-Singh R. Adeno-associated virus mediated delivery of an engineered protein that combines the complement inhibitory properties of CD46, CD55 and CD59[J]. J Gene Med, 2015, 17(6/7): 101-115.

[13] Wang H, Rana S, Giese N, et al. CD44v6 and alpha6 beta4 are biomarkers of migrating pancreatic cancer-initiating cells[J]. Int J Cancer, 2013, 133(2): 416-426.

[14] Kharaziha P, Ceder S, Li Q, et al. Tumor cell-derived exosomes: a message in a bottle[J]. Biochim Biophys Acta, 2012, 126(1): 103-111.

[15] Pedreira CE, Costa ES, Lecrevisse Q, et al. Overview of clinical flow cytometry data analysis: recent advances and future challenges[J]. Trends Biotechnol, 2013, 31(7): 415-425.

[16] Kekalainen J, Larma I, Linden M, et al. Lectin staining and flow cytometry reveals female-induced sperm acrosome reaction and surface carbohydrate reorganization [J]. Sci Rep, 2015, 5(6): 15321-16329.

[17] Yoshida M, Kawano N, Yoshida K. Control of sperm motility and fertility: Diverse factors and common mechanisms[J]. Cell Mol Life Sci, 2008, 65(21): 3446-3457.

[18] Taitzoglou IA, Kokoli AN, Gj K, et al. Modifications of surface carbohydrates on bovine spermatozoa mediated byoviductal fluid: a flow cytometric study using lectins [J]. Int J Androl, 2007, 30(4): 108-114.

[19] Favret KP, Lynn JW. Flow-Cytometric analyses of viability biomarkers in Pesticide-Exposed sperm of three aquatic invertebrates[J]. Arch Environ Contam Toxicol, 2010, 58(4): 973-984.

(收稿日期: 2016-09-11 修回日期: 2016-12-09)