

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.18.032

广东省 2018 年 19 933 例标本戊型病毒性肝炎 血清 IgG 检测结果分析

李云珍¹, 张 玲^{1,2}, 姚少濠¹, 李 玲¹, 苏坤华¹, 刘 勇¹

1. 广州金域医学检验中心, 广东广州 510000; 2. 广州中医药大学金沙洲医院检验中心, 广东广州 510000

摘 要:目的 了解广东省戊型病毒性肝炎(简称戊型肝炎)血清学流行特点,为戊型肝炎的防控工作提供数据参考。**方法** 统计分析 2018 年广东省 401 家医疗机构送至金域医学检验中心实验室检测的 19 933 例血标本中戊型肝炎病毒(HEV)IgG 的检测结果。**结果** 19 933 例送检标本中 HEV-IgG 阳性率为 27.82%,其中男性阳性率为 30.75%,女性阳性率为 23.17%,男女阳性率之比为 1.33:1;男性阳性率与女性阳性率差异有统计学意义($P<0.05$)。且不同年龄组之间的阳性率差异有统计学意义($P<0.05$),阳性率随着年龄增大呈上升趋势,其中 ≥ 81 岁年龄组阳性率最高,达到 54.85%, $0\sim<11$ 岁组阳性率最低,为 3.30%。按月份统计,各月份阳性率之间差异无统计学意义($P>0.05$)。同时全省各地区分布不均匀,以阳江市阳性率最高,达到 52.48%,其次是江门市(42.36%),第三是中山市(41.82%)。**结论** 广东各地区的戊型肝炎流行情况不容忽视,需制订有效措施,加强防控。

关键词:戊型肝炎病毒; 戊型病毒性肝炎; IgG 抗体; 阳性率

中图法分类号:R446

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)18-2695-03

戊型肝炎病毒(HEV)是戊型病毒性肝炎(简称戊型肝炎)的病原体,为无包膜的单股正链 RNA 病毒^[1]。戊型肝炎传播途径(主要经粪-口途径传播)和临床表现与甲型肝炎相似。每年全球由于 HEV 感染发病约 350 万例,死亡约 7 万例^[2]。HEV 感染后的疾病进程分为急性和自限性,通常不造成组织的慢性损害,但病死率是甲型肝炎的 10 倍,在孕妇中的病死率可达 10%~20%^[3]。全国基本呈“东高西低”的分布特征,广东戊型肝炎病例数位居全国前列^[4]。本文对 2018 年广东省 401 家医疗机构送至金域医学检验中心实验室的 19 933 例标本的 HEV-IgG 检测结果进行统计分析,为了解广东戊型肝炎的流行特点提供数据参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1—12 月送至金域医学检验中心实验室进行 HEV-IgG 检测的 19 933 例标本,分别来自广东 21 个地级市的 401 家各级医院、社区门诊、体检中心。19 933 例按不同性别分为男性组(12 216 例)和女性组(7 717 例);按不同年龄分为 $0\sim<11$ 岁组(303 例)、 $11\sim<21$ 岁组(648 例)、 $21\sim<31$ 岁组(4 683 例)、 $31\sim<41$ 岁组(4 577 例)、 $41\sim<51$ 岁组(3 944 例)、 $51\sim<61$ 岁组(2 697 例)、 $61\sim<71$ 岁组(1 786 例)、 $71\sim<81$ 岁组(872 例)和 ≥ 81 岁组(423 例);按不同地区分为阳江(101 例)、江门(347 例)、中山(758 例)、汕尾(20 例)、清远(983 例)、潮州(16 例)、佛山(2 033 例)、惠州(877 例)、云浮(260 例)、肇庆(678 例)、河源(333 例)、茂名(38 例)、汕头(221 例)、韶关(334 例)、广州(5 307 例)、东莞(555 例)、揭阳(540 例)、深圳(6 224 例)、珠海(164 例)、梅州(37 例)和湛江(107 例);按不同月份分为 1

月(868 例)、2 月(1 146 例)、3 月(1 528 例)、4 月(1 330 例)、5 月(1 474 例)、6 月(1 498 例)、7 月(1 435 例)、8 月(1 462 例)、9 月(1 489 例)、10 月(2 642 例)、11 月(2 802 例)和 12 月(2 259 例)。

1.2 仪器与试剂 检测试剂盒由北京万泰公司生产,仪器为瑞士帝肯酶标仪,型号 sunrise。

1.3 方法 采集被测者 2~3 mL 静脉血,分离血清置 $2\sim 8\text{ }^{\circ}\text{C}$ 冰箱备检,用酶联免疫吸附法检测 HEV-IgG。统计各组的阳性率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件分析,阳性率的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 各年龄段及性别阳性率比较 19 933 例 HEV-IgG 检测标本中 5 545 例检测阳性,阳性率为 27.82%。其中男性 12 216 例,阳性 3 757 例,阳性率 30.75%;女性 7 717 例,阳性 1 788 例,阳性率 23.17%,男性阳性率明显高于女性,差异有统计学意义($P<0.05$),男女阳性率比例为 1.33:1。各年龄段均有阳性标本检出,各组之间两两比较, $0\sim<11$ 岁组与 $11\sim<21$ 岁组、 $61\sim<71$ 岁组与 $71\sim<81$ 岁组、 $71\sim<81$ 岁组与 ≥ 81 岁组相比,组间阳性率差异无统计学意义($P>0.05$),其余组间阳性率差异有统计学意义($P<0.05$),统计结果显示随着年龄增大阳性率呈上升, ≥ 81 岁组阳性率最高,为 54.85%, $0\sim<11$ 岁组阳性率最低,为 3.30%。各年龄段阳性率及男女性别阳性率情况见表 1。

2.2 各月份阳性率比较 各月份 HEV-IgG 均有阳性检出,阳性率在 23.55%~33.41%,各月份阳性率之间差异无统计学意义($P>0.05$),说明与季节无关。

见表 2。

2.3 各地区阳性率比较 全省各地区分布不均匀,以阳江市阳性率最高,为 52.48%,其次是江门市(42.36%),第三是中山市(41.82%)。各地区送检标本 HEV-IgG 阳性率比较见表 3。

表 1 各年龄段标本 HEV-IgG 阳性情况[%(n/n)]			
年龄(岁)	男性[%(n)]	女性[%(n)]	合计[%(n)]
0~<11	3.16(6/190)	3.54(4/113)	3.30(10/303)
11~<21	4.68(19/406)	5.37(13/242)	4.94(32/648)
21~<31	11.48(304/2 647)	9.09(185/2 036)	10.44(489/4 683)
31~<41	21.82(643/2 947)	17.06(278/1 630)	20.12(921/4 577)
41~<51	40.21(1 049/2 609)	31.24(417/1 335)	37.17(1 466/3 944)
51~<61	47.33(788/1 665)	32.56(336/1 032)	41.68(1 124/2 697)
61~<71	52.54(548/1 043)	38.49(286/743)	46.70(834/1 786)
71~<81	54.15(261/482)	45.13(176/390)	50.11(437/872)
≥81	61.23(139/227)	47.45(93/196)	54.85(232/423)
合计	30.75(3 757/12 216)	23.17(1 788/7 717)	27.82(5 545/19 933)

表 2 各月份 HEV-IgG 阳性情况			
月份	n	阳性(n)	阳性率(%)
1 月	868	290	33.41
2 月	1 146	371	32.37
3 月	1 528	456	29.84
4 月	1 330	398	29.92
5 月	1 474	431	29.24
6 月	1 498	446	29.77
7 月	1 435	416	28.99
8 月	1 462	415	28.39
9 月	1 489	426	28.61
10 月	2 642	666	25.21
11 月	2 802	660	23.55
12 月	2 259	570	25.23

表 3 各地区送检标本 HEV-IgG 阳性情况			
地区	n	阳性(n)	阳性率(%)
阳江	101	53	52.48
江门	347	147	42.36
中山	758	317	41.82
汕尾	20	8	40.00
清远	983	384	39.06
潮州	16	6	37.50
佛山	2 033	700	34.43
惠州	877	297	33.87
云浮	260	87	33.46
肇庆	678	224	33.04
河源	333	99	29.73
茂名	38	11	28.95
汕头	221	58	26.24
韶关	334	87	26.05
广州	5 307	1 347	25.38
东莞	555	131	23.60
揭阳	540	126	23.33
深圳	6 224	1 406	22.59
珠海	164	32	19.51
梅州	37	7	18.92
湛江	107	18	16.82

3 讨 论

本文统计了 2018 年广东地区各医疗机构送至金域医学检验中心实验室检测 HEV-IgG 的标本,共 19 933 例。尽管各医疗机构样本量不同,各地区的人口分布不同,统计结论代表性较差,但参与单位多,标本数量大,能够反映出广东地区戊型肝炎的情况。

我国是戊型肝炎高发区之一,HEV 最常见的传播途径是粪-口传播^[5]。由于卫生条件、生活习惯的不同,HEV 感染率存在明显的地区差异。2000—2010 年全国各地的血清流行病学调查数据显示,我国南部地区人群抗-HEV 阳性率高达 40%,中部地区阳性率约 30%,而东北三省及华北地区阳性率约 20%^[6],此次统计分析的广东省 HEV-IgG 阳性率为 27.82%,低于 40%,可能与经济发展和行为改善有关。

戊型肝炎的发病与性别相关,男性阳性率高于女性,与天津^[7]、沈阳^[8]、柳州^[9]报告一致。这可能与男性社会性餐饮活动较女性更频繁有关。

HEV-IgG 阳性率随年龄增长而呈上升趋势符合抗体存在规律。又有研究指出,儿童多为亚临床感染,而中老年以临床感染为主,故发病率高^[10]。老年人群由于免疫力减低及群居(养老院)等原因已成为 HEV 感染的高危人群^[10]。

从季节分布看,各个月份之间的阳性率差异无统计学意义($P>0.05$),说明与季节无关,全年均有感染的风险。

从地区上分析,阳江市阳性率(52.48%)最高,其次是江门市(42.36%),阳性率最低的为湛江市(16.82%)。这可能与标本来源和当地饮食习惯不同有关^[11]。

综上所述,广东地区 HEV-IgG 抗体阳性率整体较高,男性阳性率高于女性,随年龄增长而增高,地区差异大。应加强全省各地区戊型肝炎疫苗的推广应用,加强戊型肝炎防治知识的宣传和普及,降低 HEV 感染率。

参考文献

[1] SRIDHAR S, LAU S K, WOO P C. Hepatitis E: a disease of reemerging importance [J]. J Formos Med Assoc, 2015, 114(8): 681-690.

[2] HAFFAR S, BAZERBACHI F, LAKE J R. Making the case for the development of a vaccination against hepatitis E virus [J]. Liver Int, 2015, 35(2): 311-316.

[3] 尚红, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 451-452.

[4] 包叶江, 高孟, 姜立民, 等. 中国 2004—2013 年戊型肝炎的流行病学特征分析 [J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2016, 43(1): 35-38.

[5] 陈奕娟, 秦淑文, 缪梓萍. 戊型肝炎流行病学研究新进展 [J]. 预防医学, 2017, 28(10): 1014-1018.

[6] 李俊妮. 70 例老年戊型病毒性肝炎的临床分析 [J]. 中国当代医药, 2013, 20(1): 41.

- [7] 吴伟慎,赵莹,陈静,等.天津市 2004—2013 年戊型肝炎流行趋势和特征分析[J].中国病毒病杂志,2015,5(1):45-49.
- [8] 白杉.沈阳市 2011 年—2016 年戊肝流行特征分析[J].基层医学论坛,2018,22(13):1841-1842.
- [9] 吴昕.柳州市 2004—2013 年戊型肝炎流行特征[J].海峡预防医学杂志,2015,21(6):28-30.
- [10] 付红伟,朱永红,庄辉.我国戊型肝炎流行病学研究进展[J].中国病毒病杂志,2011,1(1):67-70.
- [11] 余一海.广东顺德 2014—2015 年华支睾吸虫病流行病学调查[D].广州:南方医科大学,2017.

(收稿日期:2019-11-07 修回日期:2020-07-03)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.18.033

预见性护理在手术室麻醉护理中的应用

傅晓波

山东省立第三医院手术室,山东济南 250031

摘要:目的 探讨预见性护理在手术室麻醉护理中的应用。方法 选取该院 2018 年 7 月至 2019 年 7 月收治的 180 例需进行手术治疗的患者,分为对照组和观察组,每组 90 例,对照组采取常规护理干预,观察组采取预见性护理干预。比较两组患者不良反应,以及护理满意度、抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)评分的差异。结果 干预前,两组患者的 SAS 与 SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 SAS 与 SDS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。恶心、营养不良、头痛、胸闷的发生率:观察组分别为 3.33%、0.00%、2.22%、1.11%,对照组分别为 13.33%、5.56%、11.11%、7.78%,两组差异均有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组心率及血压相关指标比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组心率与血压指标变化明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 手术室麻醉护理中应用预见性护理,能有效提高护理满意度,降低不良反应发生率,临床效果显著。

关键词:预见性护理; 手术室; 麻醉护理; 不良反应

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)18-2697-03

预见性护理是一种新型的护理干预方法,在临床护理实施中较为普遍,该干预方法需要了解患者病情,并参考医生给出的意见,预估患者手术期间会产生的不良情况,做出针对性的护理干预^[1-2]。本研究对手术室麻醉护理患者应用预见性护理干预,并探讨其临床疗效,旨在为手术室麻醉患者护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2018 年 7 月至 2019 年 7 月收治的需进行手术治疗的 180 例患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 90 例,年龄 22~60 岁。病例纳入标准:所有患者均需行手术室麻醉护理,常规心电图检查正常,临床信息完善,无麻醉禁忌证等;医院伦理委员会审批合格,患者及其家属知情同意。排除标准:合并重大器官障碍、脑部相关疾病、精神障碍等。对照组男 50 例、女 40 例,平均年龄(34.86 ± 2.42)岁;观察组男 52 例、女 38 例,平均年龄(34.52 ± 2.93)岁。两组患者性别、年龄比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取常规护理干预,患者麻醉前进行湿度与温度护理,测量患者体温,再次确认患者做好术前准备,更换手术服,麻醉相关药物准备就绪,协助医生将患者体位摆好以便进行麻醉,对患者呼吸、血压与体温等进行监测。

1.2.2 观察组 采取预见性护理干预。(1)术前护

理:术前按照疾病情况查找、搜集资料、证据,制订最佳护理方案;术前 1 d 访视,告知病患者麻醉方法、作用、感觉、体位、术中可能发生的不适等情况,减轻患者紧张情绪的同时提高手术配合度。保持室内温度、湿度适宜,对相关液体加温。(2)术中护理:护理人员提前将术中可能产生的问题依照患者病情实施综合预估,充分与患者交流,针对问题讲述相应的解决方案,从而使患者焦虑与抑郁等不良情绪得到缓解;解释术中疼痛可能性,教导患者深呼吸进行缓解;在手术时陪护患者,亲切地与患者进行沟通,转移患者注意力。及时发现患者异常,并实施有效护理;术中加强麻醉核对,依据术式选取恰当的体位,保持静脉通路顺畅,动态观察生命体征。(3)术后护理:对于全身麻醉患者来说,可能因药物用量多致使其延迟苏醒,对此护士需在患者意识恢复之前进行守护,同时让患者头偏一侧,有利于鼻腔分泌物排出,避免气道阻塞,必要时吸痰处理。护理人员进行手术回访,对手术的效果、患者疾病康复程度实施评估,对患者并发焦虑与抑郁等不良心理进行护理干预;耐心讲解疾病相关知识,协助患者心理调节,面对问题不逃避。此外术后大部分患者需卧床,对此需做好便秘、失眠等相关症状的处理和预防。

1.3 观察指标 (1)选择抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)^[3]评估患者抑郁与焦虑等不良心理,评分 ≥ 40 分时患者患有焦虑和抑郁,分数越低患者焦虑与抑郁症状越少。(2)观察并比较两组患者术后不