

儿科门诊传染性疾病交叉感染的预防研究

刘鑫, 丛琳[#] (大连医科大学附属第二医院, 辽宁大连 116027)

摘要: 随着时代的发展和进步, 传染性疾病预防工作的重要性愈发凸显。相较于成年患者而言, 儿童患者身体抵抗力较低, 易受外界病菌的侵扰, 从而诱发传染性疾病, 导致交叉感染。因此, 在新的医学环境下如何做好儿科门诊传染性疾病交叉感染预防工作显得尤其重要。本文主要从儿科门诊常见的集中传染性疾病出发, 探讨如何做好相关交叉感染的预防工作。

关键词: 儿科门诊; 传染性疾病; 交叉感染

儿童患者往往免疫功能较低, 易受到传染病的影响而导致发病率较高。同时, 患儿的病情往往比较复杂, 起病较急, 易引起多种并发症。常见的儿科传染性疾病有水痘、手足口病以及百日咳等, 往往是在人群较为密集的环境中通过空气飞沫进行传播的。当感染性疾病暴发时, 儿科门诊往往需要第一时间做出反应, 并全过程参与到疾病的防治工作中。由此可见, 儿科门诊在传染性疾病交叉感染中的作用十分重要。

1 小儿传染性疾病的主要类型

1.1 猩红热

猩红热指 A 组 β 型溶血性链球菌引起的急性出疹性呼吸道传染病。这种疾病的临床表现多为发热、咽炎以及全身布满充血性皮疹, 在恢复期时会出现片状脱皮现象。从传播性特点来看, 首先是易感性, 且以 3~7 岁的孩童最容易受到影响。其次, 猩红热往往通过空气中的飞沫或遭受污染的食品玩具传播。最后, 从传播季节来看, 猩红热多发于冬春季节, 细菌从患者的咽部侵入通过大量繁殖而引起局部炎症。其产生的毒素, 会渗入血液之中, 不仅引起发热等常见症状, 也会引起毛细血管充血水肿的现象。对一些患病严重的孩童来说, 这种疾病可能会诱发败血症。从 A 组链球菌的 50 余个血清型看, 往往只有携有红疹毒素的菌株才会导致猩红热,

而各型之间并没有交叉免疫, 当患者在痊愈后又感染了另一种菌株, 将会再次患猩红热。

猩红热的诊断主要依靠以下几个方面: (1) 是否出现发热、头痛以及咽痛等症状, 是否伴有出疹、皮肤潮红等症状; 观察患儿舌头是否是草莓舌, 口周边是否伴有苍白现象; 在皮肤的褶皱处是否出现了较为密集的皮疹。症状较严重的患儿往往会呈现高烧不退, 全身中毒严重等症状。(2) 排除药物性以及葡萄球菌引起的猩红热样皮疹。(3) 白细胞明显增多。(4) 通过免疫荧光法查验咽拭子涂片中是否有 β 型溶血性链球菌。

治疗方面, 多要求患儿卧床休息, 以易消化饮食为主, 注意口腔卫生; 中毒症状较为严重的患儿需静脉给药, 发热患儿要采取相应的降温措施。治疗的目的在于快速消除致使猩红热产生的病菌, 有效避免并发症的发生, 常使用青霉素、内酯类抗生素进行治疗^[1~2]。

1.2 麻疹

麻疹是由于麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病, 尽管世界上已经研究出了麻疹病毒的疫苗, 但是由于这种疾病的高发性, 其仍然是全球性的传染性疾病。麻疹病毒是导致幼儿病死的关键原因之一。二十世纪六七十年代, 我国开始普遍应用麻疹疫苗, 麻疹发病率逐渐呈现出下降趋势。麻疹患者年龄上移至大龄儿童甚至青年, 成为这种疾病的显著特点。由于青年易感人群的增加, 在幼儿出生时便会受到

[#] 通信作者: 丛琳, 819447775@qq.com。

这种病毒的困扰，从而增加患病率。在流行高峰内，这种疾病的增多无疑会给临床带来困扰。

麻疹诊断依据：（1）伴有咳嗽、打喷嚏以及畏光等症状，口腔黏膜中能够看到白色细小的斑点，在患病的前半个月内有接触过麻疹患者的经历。（2）患儿发热 1 周内会出现丘疹，呈现淡红色，会从面部和头部逐渐向下延伸至四肢和躯干。最后会在手心 and 脚心见到痕迹。（3）皮疹消退后，会在患儿身上留有棕褐色的痕迹。与此同时，临床上也发现了一些不太典型的麻疹特征，如轻型麻疹、成人麻疹等。轻型麻疹指的是部分孩童对麻疹出现局部免疫的状况，使得其中毒症状较轻，或口腔黏膜处的斑点并不明显，麻疹往往不会伴有并发症。成人麻疹指的是成年人感染麻疹病毒之后出现的临床表现，而在孕妇患有该病可能会诱发流产；产前感染麻疹病毒则会导致孩童在出生后就患有麻疹疾病。患儿需多卧床休息，保证室内空气的流通，在温度与湿度方面都要保持恒定，同时给患儿着轻薄衣物。

1.3 水痘

水痘是传染性极强的出疹性疾病，其病原为水痘—带状疱疹病毒。在第一次感染病毒后，尽管患儿已经恢复，但是这种病毒可能会长期隐藏在患儿的神经之中。而在其成年后，受到外部环境的影响可能会诱发激活这种病毒，出现带状疱疹。水痘有着一次感染终身免疫的典型特征。水痘的临床特点首先是皮肤出现明显的水疱疹并伴有瘙痒的症状，多发于冬春交际之时，多通过空气传播，常见的发病年龄为 6~9 岁。与此同时，水痘有着较为复杂的并发症，对于通过其他免疫抑制剂治疗的患儿在感染水痘时，可能有致死的风险。而孕妇自身感染水痘，可能会导致胎儿死亡。

水痘的诊断依据：（1）患儿是否与水痘患者有接触史；（2）皮疹的出现是否呈现出向心性的特征，而且其刚开始出疹时为粉红色斑点，很快又会变成水疱，伴有瘙痒的症状。同时在口腔、咽部等黏膜处也会出现各种皮疹，在皮疹破裂后会呈现出溃疡状。（3）血白细胞正常，但淋巴细胞增多。患儿需注重卧床休息，以流食为主，充分保证体内

的电解质平衡。对伴有高热症状的患儿，要酌情使用相应的退烧药物。平时注重护理工作，勤换衣服，保持日常的皮肤清洁。水痘往往伴有奇痒症状，会导致患儿哭闹不安，甚至抓伤自己，需局部使用止痒药剂^[3-4]。

1.4 念珠菌病

念珠菌病是由于念珠菌引起的急性和慢性炎症，其中最常见的是白色念珠菌感染。这种疾病往往会侵入患儿的皮肤、黏膜甚至内脏，免疫功能较低的孩童往往易受到这种病菌的感染。近年来，念珠菌病有着较高的发病率，而白色念珠菌更是多发于自然界之中，寄生于人类的皮肤、黏膜等处。从念珠菌病本身的特征来看，往往分为内源性和外源性两种。内源性指的是病菌通过消化道传播至全身，而外源性则是通过接触感染。这种疾病有着散发性的显著特点，其传播过程不受到季节性影响。

从念珠菌病的诊断来看，首先是在皮肤褶皱处出现局部糜烂现象，而且界限十分清晰，伴有局部的痛痒现象。其次在口腔黏膜处出现白色薄膜，并伴有溃疡现象。对于支气管和消化道念珠菌病而言，即在支气管处以及消化道中出现的病症，消化道念珠菌伴有吞咽困难，甚至呕血的现象出现。念珠菌病的治疗往往需要清洁皮肤，尤其是做好黏膜的清洁，要提供足够的营养以及热量^[5-6]。

2 儿科门诊传染性疾病的交叉感染的预防措施

2.1 落实分诊制度

落实门诊预检分诊制度能够有效提高传染病的诊断。从每一年的 1 月份开始，传染病的发病患儿将逐渐增多，而 4~9 月就诊人数达到顶峰。在这样的环境下，首先是患儿和陪护人员的增多，使得本来有限的空间变得更加局促，分诊室的空气流通难以得到保证。而在这一过程中，家长交谈中产生的飞沫，以及患儿的呕吐物没有有效及时处理，都会无形中增加感染的风险。在分诊部门，需要设置经验丰富的护士分诊，从而提高工作效率，快速辨别

病种。在医院,必须要发放一次性口罩,避免交谈中的飞沫传播,增加感染病的发病概率。在分诊室的前台需要摆放各种宣传性资料,通过有效的宣传方式提高患儿家属对于感染性疾病的认知,增加防范意识。对确诊的患儿来说,要及时开展汇报以及快速控制病情。与此同时,对于输液的患儿而言,不同的疾病类型需要分开输液室进行;对于回家治疗的患儿,则需要将传染性疾病的知识进行传达,帮助患儿家属了解传染病的注意事项,并居家做好患儿病情的观察及隔离工作^[7-8]。

2.2 严格消毒隔离工作

消毒隔离工作是传染性疾病的重要环节,也是预防传染性疾病交叉传染的有效途径。具体而言,首先,做好空气的消毒工作,从实际的医学统计数据来看,医院感染中首要是空气微生物的感染,所以做好空气消毒工作必然是控制感染性疾病的首要环节。因此,在医院中要做好基本的通风工作,必要时通过排风扇进行通风。有效使用空气消毒机以及紫外线灯也能起到较好的空气消毒作用。其次,对皮肤进行消毒,医护人员往往会频繁接触各种污染物品,导致感染性疾病的传播,严格洗手流程能够将手上的病菌进行消除。第三,在看诊之前必须要做好皮肤病菌的消杀工作,为医护人员和患儿的健康保驾护航。最后,要对物品的表面进行消毒,例如医院的地面要采用专门的消毒液进行拖洗,在浸泡消毒液后必须要充分晾干。此外,要做好患儿的隔离工作,不同病情病况的患儿不得一起就诊。

2.3 提升专业化水平

首先,提升医护人员的专业化水平。在以往的医疗环境中,门诊看诊效率较低不仅影响了患儿病情状况,更为病毒传播提供了可乘之机。这是因为医护人员往往不具备良好的传染性疾病感染预防知识,或对此项工作未能给予足够重视,只是将工作

中心放在本职工作上。因此,医院必须要加强门诊人员的培训,除各类儿科疾病的诊断治疗技术外,还需要对门诊接诊的工作方式和方法进行必要培训,帮助其优化工作模式,从而促使工作效率得到提升。此外,医护人员的专业化水平还体现在细节上,如必须对患儿的病史以及用药状况在第一时间进行记录,避免用药失误出现的医学事故;促进加强护理人员与患者之间的沟通,必要时为护理人员提供护患交流沟通方面的专业培训和理念灌输,使得其能够通过多种方式保证与患者及家属的联系。注重对医护人员进行儿科传染性疾病交叉感染方面的专业培训,并敦促其在日常工作中注意做好相关预防工作,不仅要向儿童及家属传达感染性疾病的专业知识,也要对患者存在的疑问进行耐心解答,从而保证患儿家属能够明晰药物的正确用法,主动承担起预防责任。

受年龄特征的影响,儿童往往易感染各种传染性疾病。而医院人口密集,使得空气流通不畅通,更易出现交叉感染等现象。因此,医院要开设独立的感染门诊,尽量实现检查科室的分离,从而更好地控制传染源。

参考文献

- [1] 杨政. 儿科门诊手足口病交叉感染的预防[J]. 大家健康(上旬版), 2017, 11(7): 183.
- [2] 唐爱群, 张德祥. 儿科门诊手足口病交叉感染的预防及对策[J]. 临床研究, 2019, 27(8): 70-72.
- [3] 顾晓强, 代义芳. 儿科门诊手足口病交叉感染的预防及应对评价[J]. 母婴世界, 2020(19): 286.
- [4] 古蕙荣. 探讨儿科传染性疾病交叉感染的预防护理办法[J]. 特别健康, 2020(32): 168-169.
- [5] 谢冬云. 试析儿科传染性疾病交叉感染的预防护理方法[J]. 中国农村卫生, 2019, 11(22): 72, 74.
- [6] 沈雅波, 潘晓琤. 儿科门诊传染性疾病交叉感染的预防护理措施[J]. 中国乡村医药, 2016, 23(8): 2.
- [7] 曹力, 杨玉兰, 杨慧宁, 等. 武警总医院儿科预防传染性疾病的控制措施[J]. 职业与健康, 2008, 24(20): 2220-2220.
- [8] 吴瑶. 儿科门诊传染性疾病交叉感染的预防护理措施[J]. 饮食保健, 2021(21): 122.