

· 新型冠状病毒肺炎疫情专题 ·

新型冠状病毒肺炎疫情期间骨科病房管理策略

李晓辉 辛海霞

自2019年12月以来,我国陆续出现了多例新型冠状病毒肺炎(Corona Virus Disease 2019, COVID-19)的病例,截止2020年2月29日8:00,全国累计确诊病例79 389例,累计死亡病例2 838例。国家卫生健康委员会将其纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病,并采取甲类传染病的预防和控制措施^[1]。疫情发生以来,各地采取了严格的管控措施,由于人员外出减少,降低了高能量损伤导致骨折的风险,但是居家老年人由于行动不便导致的低能损伤性骨折时有发生,骨与软组织恶性肿瘤患者需要定期化疗,以及少数因暴力性骨折危及生命的患者均需要收入院治疗。骨科病房作为一个非封闭式的医疗区域,病房感染管理存在一定的难点及风险。在新型冠状病毒感染传播期间,我科积极探讨完善并采取了一系列防控措施,自2020年1月20日至2020年2月29日,我科共收治患者79例,其中创伤性骨折38例,病理性骨折5例,骨与软组织肿瘤26例,其他脊柱、关节类疾病10例,未发生感染及疫情传播。现将病房管理的一些方法和建议(图1)介绍如下:

一、骨科门诊管理

(一)骨科门诊收治

门诊作为收治患者的第一线,也是疫情防控的第一哨口,门诊医生必须按照标准预防的要求接诊所有患者,即:所有患者的血液、体液、分泌物、排泄物,均视为有传染性,需要隔离;进入诊室前医生按照《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》第六版中的要求做好个人防护。接诊时,每次只接待1名患者,家属不得陪同,患者必须佩戴口罩才能进入诊室,做好双向防护,进入诊室后接诊医生首先检查患者体温,询问有无乏力、干咳、呕吐、腹泻等症状,排查流行病学史,详细询问原发病、既往史,然后根据分类标准^[2-3]对患者进行评估。新型冠状病毒核酸检测不作为必需检查的项目,但对疑似病例要求必须做,不明原因的发热患者可结合其它检查结果有选择的做相关检查。Ⅰ类、Ⅱa、Ⅱb类病情危重的患者收入院治疗,Ⅱc类患者转入发热门诊继续观察,必要时行新型冠状病毒核酸检测,Ⅲ类、Ⅳ类患者转至新型冠状病毒肺炎定点医院救治,专科评估无法转诊时,医护人员需采取三级防护,对于可行择期手术的患者,必要时开具药物带回家中对症治疗,待疫情控制后再行住院手术。

(二)COVID-19排查分类标准

排查分类标准:(1)14天内未到过疫区,无直接或间接疫区人员接触史,患者所居住地区也无疑似或确诊COVID-19

患者(2)无发热($T < 37.3^{\circ}\text{C}$)、乏力、干咳、恶心、呕吐、腹泻等临床症状(3)实验室一般检查、影像学检查呈阴性,鼻咽拭子新冠病毒核酸检测阴性(必要时)。

Ⅰ类:同时符合(1)(2)(3)条;

Ⅱ类:分为Ⅱa类、Ⅱb类、Ⅱc类;

Ⅱa类:仅有流行病学史中的1条,同时符合(2)、(3)条;

Ⅱb类: $T \geq 37.3^{\circ}\text{C}$,且发热与原发病有关,如外伤、开放性损伤,或与自身免疫性疾病有关,如反应性关节炎、风湿热,或与肿瘤性疾病及血液系统恶性疾病有关^[3],无其他COVID-19临床症状,同时又符合(1)(3)条;

Ⅱc类: $T \geq 37.3^{\circ}\text{C}$,发热原因暂不明确。无其他COVID-19临床症状,同时符合(1)、(3)条;

Ⅲ类:按《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》第六版的诊断标准,诊断为疑似新型冠状病毒肺炎的患者;

Ⅳ类:按《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》第六版的诊断标准,确诊为新型冠状病毒肺炎的患者。

二、住院期间患者及陪人管理

(一)患者管理

进入病房前先测量体温,按照标准预防的原则进行单间收治。Ⅰ类、Ⅱ类(Ⅱa、Ⅱb)患者分区收容,每个病区设置在不同的楼层,固定医护人员。对Ⅰ类患者采取一级防护措施,医护人员严格遵守标准预防及消毒隔离制度,佩戴工作帽、医用口罩,穿工作服及隔离衣,体格检查时带一次性检查手套,换药时带乳胶手套、护目镜;Ⅱ类(Ⅱa、Ⅱb)患者采取二级防护措施,在一级防护的基础上戴医用防护口罩、双层手套、穿鞋套^[4-5]。所有患者入院后均常规检查血常规+CRP,肺部CT扫描。术前完善各项检查及准备。与手术室交接时与麻醉师共同核对患者体温、血检化验、肺CT结果,需将患者有流行病学史但无COVID-19临床症状的情况告知手术室,使用专门的担架车、一次性防护罩、专门通道和电梯转运患者。术后在常规护理的基础上加强呼吸道管理,非全麻患者佩戴一次性外科口罩,吸氧使用独立的一体化吸氧装置。按时复查血常规+CRP,Ⅱ类(Ⅱa、Ⅱb)患者必要时复查肺部CT。出院时建立微信群,方便疫情期间患者咨询联系,护士做好COVID-19防护知识及居家自我检测内容的宣教,提高患者对疫情的认知和防护。

(二)陪人管理

在COVID-19疫情控制期间,主张隔离的是疾病而不是患者^[6],因此也无法严格杜绝陪护,根据医院的要求,实行1患

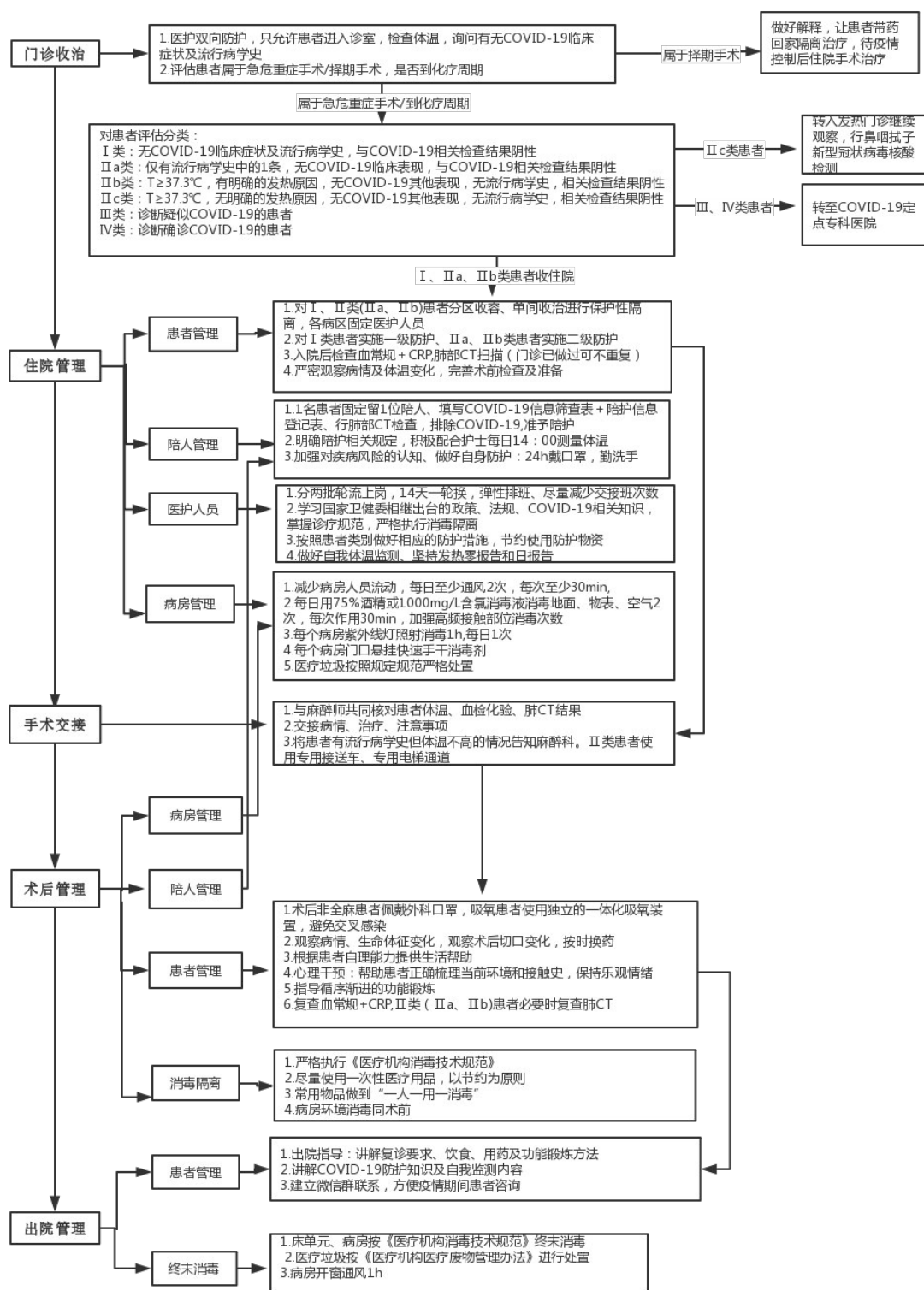


图1 解放军第九六〇医院骨科COVID-19疫情期间病房管理流程

注: COVID-19为新型冠状病毒肺炎

1 陪护制度, 中途不随意更换陪人, 在医生下达医嘱的前提下, 陪人如实填写信息筛查表及陪护登记表。初次进入病房前行肺部CT扫描, 无发热和COVID-19影像学表现方可准

入, 病房严格24小时门禁管理, 每日14:00陪人常规测体温, 如有发热, 立即安排就诊或回家休息。

(三)开展新型冠状病毒防控知识宣讲

COVID-19传播的主要途径是经呼吸道飞沫和密切接触传播,在相对封闭的环境中也可能经气溶胶传播。要求患者和家属24小时戴口罩,不随地吐痰,咳嗽或打喷嚏时用纸巾捂住口鼻,用毕的口罩扔进指定的垃圾箱,可通过勤洗手、盖好马桶盖再冲水等良好的卫生习惯来降低传播风险,保持病房环境洁净,每日至少开窗通风2次,每次至少30 min,饮食增加优质蛋白的摄入,提高机体抵抗力。

(四)提供个体化的心理干预

研究表明:在突发公共卫生事件中,>58%的被调查者存在心理问题,需要进行心理干预^[6-7]。随着COVID-19确诊人数、疑似病例的不断增加,加上长时间隔离,患者及家属可能会出现紧张、焦虑等不良情绪,严重者影响饮食、睡眠,中重度心理应激反应可影响机体的免疫系统,降低机体抵抗力。医护人员要帮助患者积极面对本次疫情,鼓励患者从权威渠道获取COVID-19的相关信息,正确梳理当前环境和个人接触史,避免误听误判,可通过视频微信与家人朋友联系,保持积极乐观的态度。

三、工作人员及物资管理

(一)人员培训及管理

1.人力资源调配:全体医护人员1-26接到命令返回驻地,迅速统计能到岗的人员,调整班次,和按规定需先进行隔离的人员分为两批次,每14天轮流上岗,避免过度劳累,弹性排班,尽量减少交接班次数,集中上班,集中休息。

2.医护人员培训及管理:利用晨会宣讲、操作示范、微信传达等方式,对全科医护人员进行知识培训和文件传达,学习国家卫健委出台的相关制度和法规、掌握《医疗机构消毒技术规范》。严格执行三级防护和手卫生,普及COVID-19相关防控知识,所有人每天自我监测体温两次,坚持发热零报告和日报告制度。

3.工勤人员培训及管理:科室有7名护工及保洁人员,与物业做好双向管理,针对她们知识不足、文化程度相对较低的情况科室进行单独培训。采用宣讲、示范、问答等方式,确保重要信息的掌握,护士随时督导消毒隔离、防护措施是否做的准确、到位。

(二)重要物资及仪器设备管理

1.疫情期间防护物资缺乏:重点关注口罩、帽子、消毒液、洗手液、隔离衣、手套的保管及发放,设专人专柜专锁保管^[7],严格按照防护等级发放物资,集中上班时间,减少交接班次数,避免因人员频繁更换造成的物资浪费,每周清点物资,上报计划请领补充。疫情期间为了避免交叉感染,尽量使用一次性的医疗物品,在保证患者安全的前提下,以节约为原则,每个病房门口悬挂快速手干消毒液(含75%酒精),检查床准备一次性防水床罩,专人每日登记耗材使用情况。

2.仪器设备使用保管:疫情期间使用紫外线灯、臭氧消毒机的频次或时间增加,设专人登记、监测强度,所有的仪器设备撤离病房时用75%的酒精擦拭两遍。常用的听诊器、血压计、体温计、叩诊锤等要做到“一人一用一消毒”。

四、严格执行消毒隔离制度

新型冠状病毒对紫外线和热敏感,75%乙醇、含氯消毒剂、过氧乙酸等均可有效灭活病毒,氯已定对其无效。消毒液主要选用75%酒精和含氯消毒液,严格落实《医疗机构消毒技术规范》。病区物体表面、地面使用的含氯消毒液浓度增加到1000mg/L;对高频接触部位如门把手、水龙头开关等,增加消毒次数,延长紫外线空气消毒时间;病房每日紫外线照射消毒60min,医疗垃圾严格依据《医疗卫生机构医疗废物管理办法》规定规范处置,患者出院后按《医疗机构消毒技术规范》进行终末消毒,病房开窗通风1 h。

五、小结

在本次新型冠状病毒肺炎疫情联防联控攻坚战中,预防远远胜于治疗,虽然目前COVID-19新发病例已逐渐下降,治愈率也大幅度提高,但我们仍不能放松警惕。随着各行各业陆续复工,医院的住院患者将逐步增多,我们要高度重视病房的规范化管理,对患者实施保护性隔离和分级收治,加强医护人员的自身防护,严格把控消毒隔离每个环节,节约使用防疫物资,做到有的放矢,坚决杜绝病房内流行的公共卫生事件发生。

参 考 文 献

- 1 WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. [EB/OL]. [2020-02-11].
- 2 新型冠状病毒肺炎疫情期期间骨科急症处理原则的专家共识[J]. 中华创伤骨科杂志, 2020, 22(2): 1671-1673.
- 3 张文宏,李太生.发热待查诊治专家共识[J].上海医学,2018,41(7): 385-400.
- 4 Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China [EB/OL]. bioRxiv, 2020. (2020-01-20) [2020-02-20]. DOI: 10.1101/2020.02.06.20020974.
- 5 李海兰,侯金林,李亚洁,等.收治SARS病区院内感染的预防[J].中华护理杂志,2003,38(6): 415-417.
- 6 向虎,黄宜银,王荣科,等.汶川地震绵阳极重灾区心理危机干预纪实[J].中国循证医学杂志,2008,8(11): 918-921.
- 7 史琛,华小黎,章明,等.大型三甲医院静脉用药调配中心COVID-19疫情防控策略[J/OL].中国医院药学杂志,2020,(2020-02-25): 1-6. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/42.1204.R.20200225.1458.004.html> [网络预发表].

(收稿日期:2020-03-08)

(本文编辑:吕红芝)

李晓辉,辛海霞.新型冠状病毒肺炎疫情期期间骨科病房管理策略[J/CD].中华老年骨科与康复电子杂志,2020,6(1): 10-12.