



· 临床护理 ·

# 艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化的护理探讨

康鹤松 (中南大学湘雅二医院 湖南长沙 410013)

**摘要:**目的 总结艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化的护理体会,分析护理要点。方法 2017年5月~2018年5月期间,我院收治了8例艾滋病合并病毒性肝炎(均为乙肝)肝硬化。结果 未见医院感染等严重的并发症,未见乙肝病毒免疫应答。8名对象中2名选择向家属隐瞒病情,早期多出现心理应激。健康教育后均获得随访,依从性尚可。结论 艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化护理难度大、风险高,多数以肝硬化相应症状就诊筛查发现HIV感染。除对症护理外,护理的重点还需要放在心理护理、健康教育上,提升患者疾病管理能力、依从性,重视改善患者的全身营养状态、维持正常的身体机能。

**关键词:** 艾滋病 病毒性肝炎 肝硬化 护理

**中图分类号:** R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)14-220-02

艾滋病是一种严重威胁人类生命健康的传染病,我国因同性恋的增多、性观念的改变,HIV感染率呈上升趋势,艾滋病开始从高危人群向普通人群扩散,年新增患者1~2万例,现存患者超过60万例<sup>[1-2]</sup>。艾滋病患者是病毒性肝炎的高危人群,患者疾病护理难度大、风险高,艾滋病抗病毒治疗会加重肝脏负担,患者免疫功能减退,肝炎病毒复制更为活跃,抗肝炎治疗免疫应答下降,进展为肝硬化的风险高,艾滋病严重损害患者的身体机能,损害患者的自理能力、疾病管理信心,不利于病毒性肝炎管理。目前,并无规范化的艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化护理方案,总结经验非常必要。2017年5月~2018年5月,我院收治了8例艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化,现总结报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2017年5月~2018年5月期间,我院收治了8例艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化,其中男5例、女3例,年龄在40~60岁之间,均为乙肝。典型病例,刘某,45岁,已婚,患者主诉上腹痛12日、身目黄染10日。患者无明显诱因腹胀,持续性加重。腹痛症状加重,次日发热,体温达到38.0℃,输液出现颈、前胸红色皮疹,突出皮肤表面,体瘙痒、恶心、腹痛未见缓解,无呕吐、腹泻、出血等不适,皮疹进行性加重并慢性至全身。10日前出现皮肤巩膜黄染,小便黄染,全身皮肤瘙痒,颜面部脱皮,伴厌油,仍有腹痛。对症治疗腹痛好转,为进一步治疗,至中南大学湘雅二医院就诊,门诊“病毒性肝炎”收治,精神可,食欲、睡眠欠佳,小便黄染,大便颜色变浅。进行实验室检查:肝功能谷氨转氨酶、碱性磷酸酶、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、直接胆红素上升,白蛋白下降仅39.56g/L。乙肝两对半表面抗原、e抗体、核心抗体阳性,人免疫缺陷病毒抗体阳性。

### 1.2 护理方法

#### 1.2.1 心理护理、健康教育

人免疫缺陷病毒抗体阳性,诊断为HIV感染。一旦患者确诊,需要进行隔离,并立即上报疾控中心。社会大众谈艾色变,在知晓自己感染HIV后,极易出现严重心理应激,表现为拒绝接受诊断结果,甚至会出现急性心理应激表现,部分患者甚至有暴力行为。本组8例对象都有不同程度的心理问题,知晓自己感染HIV后,患者内心痛苦、后悔,同时还有明显的恐惧情绪,不知晓是否需要告知家属。

本组对象均为筛查发现HIV感染,但尚未出现艾滋病特异性的临床表现。需要加强心理护理、健康教育,提高患者的依从性,减轻心理负担。需要注意以下几点:①与患者深入沟通,劝导家属进行筛查,要求患者尽量告知家属,劝导性生活伴侣也进行HIV抗体检测,以筛查更多的潜在的艾滋病对象,以利于重点监控;②其次,需要加强自我行为约束

的宣传,通过宣传相关法律、传染病防控策略、道德伦理观念提升患者对自我约束的重视,特别是那些经常获得商业性行为的对象,不要再参与商业性行为,提高安全套的使用率,减少危险性行为,配合家属进行监督,每周都需要进行联系,避免患者仍然参与商业性行为传染他人;③对于已经知晓患者感染HIV的家属,需要加强干预,与家属、患者抽时间进行一次全面的病情讨论、沟通,一同阅读相关资料,以提升家属对患者的支持度,给予患者更多的理解支持;④系统性的进行有关于艾滋病、乙肝的宣教,提高患者对艾滋病与乙肝的科学认识。主要内容包括:艾滋病具有多种并发症,艾滋病感染并不意味着立即发病,艾滋病生存期并不比恶性肿瘤短,HIV感染平均需要7~10年才会发展到艾滋病期,未发病者有的可长期甚至终生隐蔽,有效的管理、抗病毒治疗可以延长潜伏期,延长生存时间,提升生活质量<sup>[1]</sup>。绝大多数的患者尚未出现艾滋病相应的症状表现,处于潜伏期,只要管理得当,有可能达到临床控制。未来不排除有更为有效的艾滋病疗法,目前已经有艾滋病成功体内完全清除的案例,患者需要有信心。

#### 1.2.2 病情评估

每日都认真评估患者的全身状况,包括心理状态、日常活动情况、压疮发生风险、症状缓解情况。入院时,需要对患者的病历信息心中有数,包括全身器官功能,是否存在心血管、泌尿、呼吸等系统病史,是否服用的相关药物,特别是抗凝药物、抗感染药物,详细记录患者的病史、家族病史。本组对象均为筛查确诊为艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化的对象,患者主要以肝硬化相关临床表现为主,特别是腹胀、腹痛、黄染、皮疹、瘙痒,多有基层治疗史,且基层医院治疗疗效欠佳,可能与抗生素等抗感染药物的不当使用有关。需要制定落实针对性的护理干预对策,如皮肤管理、对症护理、感染综合预防等。对于肝硬化,需要进行更为专业化的评估,协助开展心肺功能、肝病病毒滴度、肝肾功能等指标检测,指导抗病毒治疗,若肝功能较差Child-Pugh3级,进行基础治疗进行护肝治疗,加强护理。患者未并发消化道出血,但则需要加强病情监护,重视体位的管理,减少不必要运动,及早发现消化道出血症状表现,若出现便血、低血压等表现,则可能出现出血。

#### 1.2.3 治疗护理

遵医嘱进行营养支持,可给予正整蛋白肠内营养制剂,少量、多次口服。2例患者有明显的恶心呕吐表现,静脉滴注5-羟色胺受体拮抗剂预防呕吐,控制好滴速,早期慢速。1例肝硬化患者伴有腹腔积液,遵医嘱使用利尿剂等药物,需要进行尿样采样,记录出入量。口服药物,需要看药到口。2例对象伴有肠道菌群紊乱,杆菌比重下降,给予微生态制剂,需要采集粪便送检,规范操作,严格质控,以评估粪便菌群情况。4例肝功能不良对象,进行深静脉血栓预防,抬高下肢,



尽量卧床休息,减少活动量。

#### 1.2.4 饮食管理

严格控制热量的摄入,不要过饱,早、中、晚的比例可为3:4:3,少食多餐,可采用中医理念指导饮食护理,多食清热解毒、祛湿、疏肝健脾的食物,如黄连、苦瓜、当归、瘦肉等。重视蛋白摄入,以弥补肝病的消耗。多食新鲜的水果蔬菜,可适当食用瘦肉、大枣、韭菜、黑芝麻、鸭肉、银耳等食物,禁羊肉、狗肉、海鲜。

#### 1.2.5 日常运动

待患者急性期症状控制后,可以开始康复训练,重视意气相结合的导引,推荐采用太极拳、五禽戏等动形方式改善心理,避免久视、久卧、久坐、久立、久行。合理的应用经穴按摩推拿等方法缓解全身不适,规律作息,纠正不良生活习惯,戒烟酒。

### 2 结果

所有对象都接受了免费的艾滋病抗病毒治疗,同时进行抗乙肝、保肝等基础治疗,黄染等症状得到初步控制,依从性尚可,在随访期间,依从性良好。但未见乙肝免疫应答者,乙肝病毒感染控制率一般。8名对象中2名选择向家属隐瞒病情,均获得随访,未见肺炎等严重的并发症。4例对象确诊后随访期间仍然有性生活,存在感染他人的风险。患者均表示配合治疗,定期进行抗病毒治疗。

### 3 讨论

#### 3.1 艾滋病合并乙肝的心理与健康教育

艾滋病潜伏期长,早期可无特异性的临床表现,基层地区医疗机构的检测技术有限,这些都会导致艾滋病的早期确诊率并不理想<sup>[3]</sup>。许多艾滋病合并肝硬化对象,已出现严重的肝功能失常,与此同时艾滋病多为初诊,可出现明显的心理应激表现,不排除部分对象出现不依从情况,威胁他人的生命健康。目前,我国的艾滋病传播形式、流行病学特点已出现了显著的改变,患者呈现年轻化的趋势,同性传播比重较高,但异性传播占比呈上升趋势,商业性行为开始成为重要的传播方式<sup>[4]</sup>。从传染病的防控角度来看,了解患者的病史特别是传播情况、性接触情况非常必要。但遗憾的是,许多艾滋病患者在患病后不会告知家属,本组8例对象2例对象选择隐瞒病情,4例对象确诊后仍然有性生活,存在感染他人的风险。需要给予足够的重视,从伦理学角度来看,医院有义务保护患者的隐私,但是从传染病的防控角度来看,对患者进行干预非常必要,以避免患者传播人类免疫缺陷病毒<sup>[5]</sup>。从患者心理态度来看,许多患者不告诉他人自身患病,主

要与其担心他人对待自己态度变化有关。社会大众对于艾滋病缺乏足够的认识,对于艾滋病患者普遍存在恐惧心理,部分甚至存在歧视态度,这与艾滋病特殊的传播方式有关,罹患艾滋病一定程度上反映患者的个人私生活相对混乱,存在道德问题,这种将疾病与个人道德挂钩的行为,是歧视的原因之一<sup>[6]</sup>。在对患者进行心理护理、健康教育时,需要充分的尊重患者,不要刺激患者,潜移默化说服患者遵医嘱进行治疗,做好自我行为管理,避免传染给他人。

#### 3.2 疾病管理

除治疗护理外,还需要重视提升患者的自我管理能力和重视改善患者的全身营养状态、维持正常的身体机能,如加强饮食管理、适量的运动,减轻疲乏等症状,改善免疫功能<sup>[7]</sup>。通过加强膳食管理,重视整蛋白质的补充,改善营养状态。提高患者的并发症、合并感染的自我鉴别,艾滋病患者容易合并其他类型的感染如巨细胞病毒性视网膜炎,还是恶性肿瘤的高危人群,需要提高患者对这些并发症、合并症的认识,出现症状,及时就医<sup>[8]</sup>。

总之,艾滋病合并病毒性肝炎肝硬化病情复杂,出现严重并发症风险高,两种疾病可能互为因果,损害患者的免疫功能,加速病毒复制,需要给予更精心的照料,及早控制肝硬化相关的症状,加强疾病管理。有条件的医院需要进行个案管理,落实随访,提高患者的依从性,避免出现不依从情况,提升患者的生命质量,降低疾病传播风险。

#### 参考文献

- [1] 加沙尔·哈孜泰. 艾滋病流行形势和预防控制[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(08):1449-1450.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 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, 22(7):487.
- [3] 王航赛, 曹梅娟. 人性照护理论在艾滋病护理中的应用研究进展[J]. 护理研究, 2017, 31(36):4621-4623.
- [4] 严延生, 颜华平, 陈亮, 等. 艾滋病治疗的研究进展[J]. 中国人兽共患病学报, 2017, 33(5):383-388.
- [5] 练满娇. 临床护理路径在病毒性肝炎肝硬化合并消化道出血患者中的应用效果分析[J]. 内科, 2015, 10(05):699-700.
- [6] 徐六妹, 吴宝红, 陈素青, 等. 47例艾滋病合并肝硬化患者的护理[J]. 护理学报, 2014, (12):17-19.
- [7] 易冬梅. 艾滋病合并肝硬化后上消化道出血患者的观察与护理[J]. 中外女性健康研究, 2017, (2):24-25.
- [8] 金永梅, 李玉叶. 艾滋病的高效抗逆转录病毒治疗进展[J]. 中国医学文摘(皮肤科学), 2017, 34(1):108-117+10.

(上接第219页)

表2: 两组病人对手术室护理满意率 [n/%]

分组	病例数	护理专业技术	医疗环境	护理质量
标识组	70	68 (97.14%)	66 (94.29%)	67(95.71%)
基础组	69	56 (81.16%)	56 (81.16%)	57(82.61%)

### 3 讨论

医院手术室护理人员的工作任务繁重、护理要求高、工作强度较大,加之大部分手术病人的身体较虚弱,如果护理操作出现差错,便可能引发严重意外或风险事故<sup>[2]</sup>。通过剖析手术室护理中各类风险的诱因发现,手术室必须重视开展护理风险管理工作,以提升手术室护理的整体工作质量,最大程度减少护理期间不良事件的出现概率,使病人能够安全度过围手术期<sup>[3]</sup>。将设置护理标识的管理方式引入手术室护理操作中,强调按照手术室护理中存在的风险问题,设置各类合理的护理标识,包括病人标识、护理警示标识、环境标识等,用以发挥显著警醒作用,有效控制手术室护理过程的不良事

件<sup>[4]</sup>。该组研究择取在我院接受手术治疗的139例病人作为对象,旨在研讨护理标识用于手术室护理中对减少不良事件的积极作用,结果显示:与基础组的护理效果相比,标识组不良事件总出现率显著更低,且病人对护理专业技术、医疗环境、护理质量的满意率都显著更高(P均<0.05),这充分表明,设置护理标识法用于手术室护理中的效果显著,可降低各类不良事件出现率,并有助提升病人对护理的满意程度,值得在临床中实践和推广。

#### 参考文献

- [1] 洪如诗. 基于护理标识的手术室护理风险管理分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(27):3863-3864.
- [2] 刘越康, 余迎萍. 护理标识在手术室护理风险管理中的应用效果分析[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(15):186-187.
- [3] 吴妍, 秦婷婷. 设置护理标识在减少手术室护理不良事件方面的价值[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(02):260-261.
- [4] 王佳伟. 护理标识在手术室护理管理中的应用[J]. 中国卫生产业, 2018, 15(20):74-75.