

整体护理在病毒性肠炎腹泻患儿护理中的应用及对症状、血清学指标的改善作用

曹艳丽

鄞阳区人民医院 湖北 鄞阳 442500

【摘要】目的：分析整体护理在病毒性肠炎腹泻患儿护理中的应用及对症状、血清学指标的改善作用。方法：选取2024年9月-2025年9月期间本院收治的100例病毒性肠炎腹泻患儿，随机分为对照组和观察组，各50例。对照组应用常规护理，观察组应用整体护理。对比两组症状消失时间、血清学指标。结果：观察组退热时间、呕吐停止时间、腹泻停止时间均早于对照组（ $P < 0.05$ ）。护理后，两组IL-6、TNF- α 均有所降低，且观察组更低（ $P < 0.05$ ）；两组IgA、IgG均有所升高，且观察组更高（ $P < 0.05$ ）。结论：在病毒性肠炎腹泻患儿护理中应用整体护理，可促进症状改善，降低血清学指标。

【关键词】整体护理；病毒性肠炎腹泻患儿；症状；血清学指标

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.006

病毒性肠炎是小儿时期最为常见的消化系统疾病，主要由轮状病毒、诺如病毒等肠道病毒感染引起，患儿可出现发热、呕吐、腹泻、脱水等临床表现^[1]。患儿年龄小、免疫系统发育不完善，病情变化快，若不及时干预，可导致重度脱水、电解质紊乱、酸碱失衡，甚至会危及生命。因此，在积极对症治疗的同时，实施科学有效的护理干预对控制病情、促进康复具有重要意义。整体护理是一种以患者为中心，从生理、心理等多维度出发的系统化护理模式，强调护理的连续性和个体化^[2-3]。目前，整体护理在儿科消化系统疾病中的应用研究尚不充分。基于此，本研究旨在探讨整体护理在病毒性肠炎腹泻患儿中的应用效果及对症状、血清学指标的改善作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究对象为2024年9月-2025年9月期间本院收治的100例病毒性肠炎腹泻患儿，随机分为对照组和观察组，各50例。对照组中，男性29例，女性21例；年龄2-6岁，平均（ 3.95 ± 0.42 ）岁；病程1-3天，平均（ 1.78 ± 0.20 ）天。观察组中，男性27例，女性23例；年龄2-5岁，平均（ 3.89 ± 0.41 ）岁；病程1-3天，平均（ 1.82 ± 0.21 ）天。以上资料统计学对比， $P > 0.05$ 。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：（1）符合病毒性肠炎临床诊断标准^[4]，粪便轮状病毒或诺如病毒检测阳性；（2）年龄 ≤ 6 岁；（3）病程 ≤ 72 h；（4）家属签署知情同意书。排除标准：（1）合并细菌性肠炎或其他感染性疾病；（2）合并严重心、肝、肾功能不全；（3）存在先天性疾病或免疫缺陷；（4）中途转院。

1.3 方法

对照组给予常规护理，方法：遵医嘱执行补液、抗病毒及益生菌治疗；常规生命体征监测；做好手卫生、粪便消毒等基

础隔离；指导家长给予清淡饮食。

观察组给予整体护理，强调生理-心理-社会多维干预，具体措施如下：（1）环境与基础护理。保持病房温度及湿度适宜（温度 $22^{\circ}\text{C} \sim 24^{\circ}\text{C}$ ，湿度 $50\% \sim 60\%$ ），每日通风2次，紫外线消毒30min。严格执行手卫生及接触隔离，患儿粪便用含氯消毒剂（ 1000 mg/L ）覆盖处理。（2）病情观察与液体管理。采用《儿童脱水评估量表》每2h评估一次脱水体征（如黏膜、尿量、前囟、眼窝）。对轻中度脱水者，采用口服补液盐（ORS III），按“少量多次”的原则，目标补液量=累积损失量+继续丢失量+生理需要量。严格记录24h出入量。（3）饮食护理（核心措施）。不强制禁食，给予易消化流质/半流质（米汤、烂面条），避免高糖、高脂及粗纤维食物。每次腹泻后加喂ORS液 $50 \sim 100 \text{ mL}$ 。（4）皮肤与臀部护理。每次便后用 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 温水冲洗臀部，柔软棉布吸干，涂抹含氧化锌的护臀霜。（5）用药护理与并发症预防。遵医嘱口服蒙脱石散（注意空腹、与其他药物间隔2h）；益生菌（ 40°C 以下温水冲服）。观察用药期间有无腹胀、肠套叠（突然剧烈哭闹、果酱样便）等表现。（6）心理支持与家属健康教育。采用卡通贴纸、安抚玩具缓解患儿恐惧。为家属发放《病毒性肠炎家庭护理手册》，指导识别脱水早期信号（哭时无泪、小便减少、嗜睡）。

1.4 观察指标

（1）临床症状恢复指标。包括退热时间（体温连续24小时 $< 37.5^{\circ}\text{C}$ ）、呕吐停止时间（连续12小时无呕吐）、腹泻停止时间[连续24小时大便性状及次数恢复正常（ < 3 次/日，糊状或成形）]^[5]。（2）血清学指标。分别于入院时（护理前）及出院前（护理后）晨起时采集空腹静脉血 2 mL ，离心分离血清，包括炎症因子、免疫球蛋白。炎症因子包括白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ），检测方法应用ELISA法。免疫球蛋白包括免疫球蛋白A（IgA）、免疫球蛋白G（IgG），检测方法应用免疫比浊法。

1.5 统计学分析

SPSS25.0 统计学软件数据分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验, 计数资料以百分比 (%) 表示, 以卡方(X^2)检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状恢复指标

观察组退热时间、呕吐停止时间、腹泻停止时间均早于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 临床症状恢复指标 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	退热时间	呕吐停止时间	腹泻停止时间
----	------	--------	--------

对照组 (n=50)	3.24 ± 0.92	2.83 ± 0.71	4.55 ± 1.12
观察组 (n=50)	2.15 ± 0.62	1.67 ± 0.52	2.91 ± 0.87
t	6.947	9.320	8.177
P	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 血清学指标

护理前, 两组 IL-6、TNF- α 、IgA、IgG 对比, 差异不显著 ($P > 0.05$), 护理后, 两组 IL-6、TNF- α 均有所降低, 且观察组更低 ($P < 0.05$); 两组 IgA、IgG 均有所升高, 且观察组更高 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 血清学指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6 (pg/mL)	TNF- α (pg/mL)	IgA (g/L)	IgG (g/L)
对照组 (n=50)	护理前	48.32 ± 8.74	42.53 ± 4.32	0.62 ± 0.15	5.21 ± 0.92
	护理后	26.58 ± 6.45	25.23 ± 1.64	0.81 ± 0.18	6.35 ± 0.97
观察组 (n=50)	护理前	49.13 ± 9.26	42.52 ± 4.34	0.60 ± 0.14	5.18 ± 0.89
	护理后	17.31 ± 4.84	16.25 ± 1.75	1.09 ± 0.21	8.02 ± 1.08
t/p 对照组 (护理前后)		14.152/ <0.001	26.474/ <0.001	5.734/ <0.001	6.030/ <0.001
t/p 观察组 (护理前后)		21.534/ <0.001	39.696/ <0.001	13.728/ <0.001	14.350/ <0.001
t/p 组间值 (护理前)		0.450/0.654	0.012/0.991	0.689/0.492	0.166/0.869
t/p 组间值 (护理后)		8.129/ <0.001	26.476/ <0.001	7.158/ <0.001	8.135/ <0.001

3 讨论

病毒性肠炎是小儿腹泻的首位病因, 常因轮状病毒及诺如病毒感染所致。病毒感染不仅会导致肠道黏膜损伤和吸收障碍, 还可引发全身炎症反应和短暂免疫功能抑制^[6-7]。该患儿的常规护理侧重于执行医嘱和基础监护, 缺乏系统性和连续性。整体护理以患者为中心, 将生理、心理、社会因素整合进护理流程, 特别适用于易发生脱水且无法完全自述病情的小儿群体。

本研究显示, 整体护理应用于病毒性肠炎腹泻患儿护理中, 取得理想效果, 证实在缩短症状持续时间、改善血清学指标方面效果理想。分析原因: (1) 在缩短症状持续时间方面, 环境护理维持了适宜的温湿度, 避免环境温度过高导致体温散失障碍或过低诱发寒战产热; 液体管理通过口服补液盐的精准执行, 及时纠正了脱水; 在病情观察期间定期评估体温及脱水体征, 便于及时发现体温异常并采取物理降温或医嘱退热干预, 避免了体温持续高位运行^[8-9]。饮食护理中不强制禁食、采

用少量多次喂养原则, 避免了空腹状态下的胃酸刺激及过度饥饿诱发的反射性呕吐; 用药护理中蒙脱石散的正确服用可有效覆盖胃黏膜, 吸附病毒及毒素, 减轻胃黏膜炎症反应。液体管理中每次腹泻后追加 ORS 液, 可维持肠道黏膜的有效灌注, 促进绒毛上皮修复。整体护理通过阻断“腹泻-乳糖不耐受-加重腹泻”的正反馈, 加速了肠黏膜愈, 减轻腹泻症状^[10-11]。(2) 在改善血清学指标方面, 整体护理可使腹泻和呕吐提前终止, 意味着病毒在肠道内的复制周期和肠上皮损伤的持续时间缩短, 从而减少了炎症因子的持续释放; 蒙脱石散的规范使用不仅吸附病毒, 还能与肠道黏液糖蛋白结合, 增强黏膜屏障功能, 阻止病毒抗原及内毒素入血刺激全身炎症反应。整体护理中的精细饮食管理保证了患儿在急性期仍能获得足够的能量和蛋白质, 而蛋白质-能量营养不良是继发性免疫缺陷的常见原因。充足的营养供给为免疫球蛋白的合成提供了物质基础^[12-13]。

综上, 在病毒性肠炎腹泻患儿护理中应用整体护理, 可促进症状改善, 降低血清学指标。

参考文献:

- [1] 李莲梅,张艳虹,余博文.消旋卡多曲联用枯草杆菌对轮状病毒肠炎患儿肠道黏膜屏障功能,血清炎症因子水平及安全性的临床研究[J].青海医药杂志,2025(5):1-6.
- [2] 刘菊芳.细节护理在小儿轮状病毒性肠炎中的应用观察[J].中国城乡企业卫生,2023,32(3):124-125.
- [3] 李树英.整体护理在干扰素联合腹泻奶粉治疗病毒性肠炎患儿中的应用效果[J].中国医药导报,2016,13(8):162-165.
- [4] 中华医学会儿科学分会消化学组.儿童急性感染性腹泻病诊疗规范(2020年版)[J].中华儿科杂志,2020,58(10):794-800.
- [5] 宋艳,刘霞.整体护理干预对病毒肠炎腹泻患儿症状控制时间及纤维蛋白原及D二聚体的影响[J].血栓与止血学,2022,28(3):705-706.
- [6] 张丽霞,陈芳梅,周宝萍.以家庭中心理念的整体护理干预对轮状病毒性肠炎患儿不良情绪及生活质量的影响[J].医学理论与实践,2022,35(24):4301-4303.
- [7] 程雅婷,李宜静.延续性护理对小儿轮状病毒性肠炎出院后腹泻复发率及营养状况的影响[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2025(12):176-179.
- [8] 邓鑫,叶静,薛苗苗,孟月,赵媛媛.整体护理结合个性化干预对小儿轮状病毒感染性腹泻患儿遵医情况影响分析[J].中国科技期刊数据库 医药,2025(12):182-185.
- [9] 陈菊华.个性化护理联合细节照护在病毒性肠炎腹泻伴良性惊厥患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(9):96-98.
- [10] 冀敏.基于护理程序的整体护理干预在轮状病毒肠炎腹泻患儿中的应用观察[J].首都食品与医药,2020,27(6):175.
- [11] 万悦.整体护理干预在小儿轮状病毒性肠炎患儿中的效果[J].中国医药指南,2022,20(5):164-166.
- [12] 陈娜芬,苏艺娟,苏雅漩.基于护理程序的整体护理对病毒性心肌炎患儿精神状况及满意度的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2023,13(12):47-49.
- [13] 郭倩.基于护理程序的整体护理干预在轮状病毒肠炎腹泻患儿中的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(8):1532-1533.