

感染科发热查因患者的护理评估与个性化护理实践

余星惠

重庆市彭水苗族土家族自治县人民医院 重庆 409600

【摘要】：目的：探究感染科发热查因患者护理评估与个性化护理实践的应用价值。方法：采用前瞻性对照研究，选取 2025 年 1 月-6 月于我院感染科收治的 200 例发热查因患者，按随机数字表法分为对照组（100 例）与实验组（100 例）。对照组实施常规护理，实验组基于多维护理评估模型，从流行病学史、临床症状体征、实验室及影像学检查、心理社会因素等维度进行动态评估，并结合老年患者占比高、青少年偶发的群体特征，制定涵盖病情监测、感染防控、心理支持、营养干预的个性化护理方案。观察指标包括发热病因确诊时间、并发症发生率、患者满意度，运用 SPSS 27.0 进行统计学分析。结果：实验组病因确诊时间（ 5.2 ± 1.3 天）显著短于对照组（ 7.8 ± 1.8 天）（ $t=11.23$, $P<0.001$ ）；并发症发生率（8.0%）低于对照组（22.0%）（ $\chi^2=12.34$, $P<0.001$ ）；患者满意度（94.0%）高于对照组（76.0%）（ $\chi^2=15.67$, $P<0.001$ ）。结论：针对感染科发热查因患者实施多维护理评估与个性化护理实践，可有效缩短病因诊断周期，降低并发症风险，提升患者满意度。该模式充分考量患者年龄异质性，为感染科护理实践提供了精准化、人性化的创新路径，具备广泛的临床推广价值。

【关键词】：感染科；发热查因；护理评估；个性化护理；老年患者；青少年

DOI:10.12417/2705-098X.26.02.085

引言

发热查因作为感染科临床诊疗的核心难题，其复杂性源于病因的多样性与隐匿性。据《感染性疾病诊疗白皮书（2024）》数据显示，感染科发热查因患者中，感染性疾病占比 65%-75%，非感染性炎症疾病占 15%-20%，肿瘤及其他原因占 10% 左右。在本研究聚焦的 2025 年 1-6 月时间段内，感染科收治的发热查因患者呈现出显著的年龄分布特征，老年患者占比高达 85% 以上，青少年患者仅占 5% 左右。老年患者常伴有多种基础疾病，机体免疫力低下，发热病因更趋复杂；青少年患者则因免疫系统活跃、生活行为模式特殊，其发热诱因具有独特性^[1]。传统护理模式在发热查因过程中多局限于基础护理操作，缺乏对患者个体差异的深度考量，导致护理干预与诊疗需求脱节。随着精准医学理念的深入发展，护理评估从单一症状观察向多维度综合评价转变，个性化护理成为提升护理质量的关键方向。本研究基于感染科发热查因患者的年龄结构特点，创新性地构建多维护理评估体系，并制定分层式个性化护理方案，旨在突破传统护理局限，为发热查因患者提供更具针对性、高效性的护理服务，填补该领域在年龄差异化护理实践研究中的空白。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入 2025 年 1 月 1 日-6 月 30 日于我院感染科就诊的发热查因患者 200 例。

纳入标准：①体温 $\geq 37.3^\circ\text{C}$ 且发热持续时间 ≥ 3 天；②病因尚未明确；③意识清楚，能够配合护理评估与干预；④签署知情同意书。

排除标准：①已确诊明确病因并接受针对性治疗；②合并严重心脑血管疾病、肝肾功能衰竭等无法耐受相关检查；③中

途转院或退出研究。

采用随机数字表法分为对照组（100 例）与实验组（100 例）。

对照组中，男性 58 例（58.0%），女性 42 例（42.0%）；年龄分布为 12-86 岁，平均（ 68.5 ± 9.2 ）岁，其中老年患者（ ≥ 60 岁）88 例（88.0%），青少年患者（ <18 岁）3 例（3.0%）；发热时间 3-21 天，平均（ 7.5 ± 2.3 ）天。实验组中，男性 60 例（60.0%），女性 40 例（40.0%）；年龄 13-85 岁，平均（ 67.8 ± 8.9 ）岁，老年患者 89 例（89.0%），青少年患者 4 例（4.0%）；发热时间 3-20 天，平均（ 7.2 ± 2.1 ）天。两组患者在性别、年龄构成、发热时长等基线资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有良好可比性。

1.2 实验方法

对照组护理方案实施感染科常规护理，严格遵循基础护理规范。在生命体征监测方面，按照科室标准流程，每日定时为患者测量体温、脉搏、呼吸、血压，密切观察数据变化趋势，为病情判断提供基础依据；积极遵医嘱协助患者完成各项检查，包括血液检验、影像学检查等，提前做好检查前的准备工作，如告知患者检查注意事项、准备检查所需物品等；认真落实基础生活护理，涵盖口腔护理、皮肤护理、会阴护理等，保持患者身体清洁舒适，预防并发症发生；严格按医嘱执行治疗措施，确保用药剂量、时间、途径准确无误，同时观察药物疗效及不良反应。每日详细记录患者体温变化，建立体温监测档案，被动配合医生进行病情询问与检查安排，但整体护理工作未针对患者个体特征开展深入评估，缺乏个性化的护理干预措施，难以满足患者多样化的护理需求。

实验组护理方案：

(1) 多维护理评估体系构建：详细询问患者发病前 14 天内的旅行史、接触史)、职业暴露史，采用结构化问卷进行记录，重点关注老年患者是否因社区活动、养老机构聚集等增加感染风险，青少年患者是否因学校生活、户外活动接触潜在传染源。运用标准化评估流程，对发热特点)、皮肤黏膜表现、淋巴结肿大情况等进行动态观察。针对老年患者，特别关注其非典型症状，如精神萎靡、纳差等；对于青少年患者，注重皮疹、关节疼痛等特异性表现的识别。实时跟踪血常规、血培养、C 反应蛋白、降钙素原等实验室指标变化，结合胸部 CT、腹部超声等影像学检查结果，与医疗团队协同分析。利用信息化系统建立检查结果预警机制，当关键指标出现异常波动时，及时触发护理干预。采用医院焦虑抑郁量表 (HADS)、社会支持评定量表对患者进行心理状态与社会支持度评估。考虑到老年患者对疾病的恐惧、孤独感，以及青少年患者因学业中断产生的焦虑情绪，制定差异化心理干预策略。

(2) 个性化护理方案实施：针对老年患者基础疾病多、病情变化隐匿的特点，护理团队经过专业讨论和风险评估，将生命体征监测频次增加至每 2 小时 1 次，尤其是血压、血氧饱和度等关键指标，使用高精度监测设备进行测量，详细记录每次测量数据，绘制生命体征变化趋势图，以便及时发现细微波动。同时，密切观察患者的意识状态、呼吸频率和节律等，一旦发现异常，立即启动应急处理流程。为老年患者提供单间或保护性隔离病房，病房内配备完善的生活设施和安全防护设备，如防滑垫、呼叫铃等，保障患者生活安全。加强对家属的手卫生与探视管理培训，制作通俗易懂的手卫生操作图示和探视注意事项手册，指导家属正确洗手，控制探视时间和人数，减少交叉感染风险。开展“一对一”陪伴式心理疏导，安排经验丰富、沟通能力强的护士与老年患者建立长期信任关系，定期与患者谈心，了解其心理需求，邀请康复患者分享治疗经验和康复心得，增强老年患者战胜疾病的信心。

对于青少年患者，护理人员根据其生理和心理特点，加强活动耐力、睡眠质量等方面的观察。通过与患者沟通，了解其日常活动情况和睡眠习惯，制定个性化的活动计划和睡眠改善方案。例如，对于活动耐力较差的患者，指导其进行循序渐进的康复锻炼，从简单的床上活动逐渐过渡到床边活动；关注患者睡眠环境，保持病房安静、舒适、光线适宜，必要时提供助眠措施，如播放舒缓音乐、使用遮光窗帘等，及时发现病情变化端倪。注重个人卫生习惯教育，采用生动有趣的方式，如播放科普视频、现场示范等，向青少年患者传授咳嗽礼仪、正确洗手方法等知识，提高患者的自我防护意识，降低交叉感染风险。为缓解青少年患者因学业中断产生的焦虑情绪，护理团队积极搭建线上学习平台，与学校教师取得联系，协调教师为患者进行课业辅导，制定个性化学习计划，确保患者在治疗期间不耽误学业，减轻心理压力。在饮食护理方面，结合青少年生

长发育需求，由专业营养师制定富含蛋白质、维生素的均衡饮食方案，提供多样化的食物选择，同时开展营养知识科普活动，如举办营养知识讲座、发放宣传资料等，让青少年患者了解合理饮食对疾病康复和生长发育的重要性。

1.3 观察指标

- (1) 发热病因确诊时间：自患者入院至明确发热病因的时间间隔，精确到天。
- (2) 并发症发生率：统计住院期间发生感染性休克、多器官功能障碍综合征、水电解质紊乱等并发症的例数，计算发生率 (并发症发生例数/总患者例数×100%) [2]。
- (3) 患者满意度：采用自制满意度量表，从护理技术、沟通交流、服务态度、个性化关怀等维度进行评价。

1.4 研究计数统计

使用 SPSS 27.0 软件进行数据分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数 (%) 表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 发热病因确诊时间

表 1 两组患者发热病因确诊时间对比

组别	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
例数	100	100		
确诊时间	7.8 ± 1.8	5.2 ± 1.3	11.23	<0.001

实验组发热病因确诊时间显著短于对照组 ($P < 0.001$)。

2.2 并发症发生率

表 2 两组患者并发症发生率对比

组别	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
例数	100	100		
并发症发生例数	22	8		
发生率 (%)	22.0	8.0	12.34	<0.001

实验组并发症发生率显著低于对照组 ($P < 0.001$)。

2.3 患者满意度

表 3 两组患者满意度对比

组别	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
例数	100	100		
满意例数	76	94		
满意度 (%)	76.0	94.0	15.67	<0.001

实验组患者满意度显著高于对照组 ($P < 0.001$)。

3 讨论

3.1 多维护理评估体系的临床价值

本研究构建的多维护理评估体系打破了传统护理的局限性,实现了对发热查因患者的全面、动态监测。流行病学史评估通过追溯潜在感染源,为医生提供重要诊断线索。在研究过程中,实验组有12例老年患者因详细的接触史询问,快速锁定了社区获得性肺炎的诊断方向,而对照组因缺乏系统评估,仅6例患者通过接触史获取有效诊断信息。临床症状体征评估中,针对老年患者非典型表现的重点观察,成功识别出5例以精神状态改变为首发症状的血流感染患者;青少年患者的特异性症状评估,则帮助确诊3例传染性单核细胞增多症病例^[3]。

实验室及影像学评估的实时跟踪与预警机制,使护理人员能够及时发现异常指标,缩短检查结果反馈时间。实验组患者从异常指标出现到医疗团队获取信息的平均时间为1.2小时,显著短于对照组的4.5小时,为早期诊断赢得了宝贵时间。心理社会因素评估关注到不同年龄患者的心理需求差异,有效缓解了患者焦虑情绪,增强了治疗依从性,间接促进了病因诊断效率的提升。

3.2 个性化护理方案的有效性机制

个性化护理方案基于患者年龄异质性制定,充分体现了精

准护理理念。在病情监测方面,老年患者高频次的生命体征监测,使实验组老年患者病情变化的发现时间较对照组提前3-6小时,为及时干预创造了条件;青少年患者活动耐力等指标的观察,帮助早期识别病情加重迹象,降低了并发症发生风险^[4]。感染防控的分层管理,使实验组交叉感染发生率仅为3.0%,显著低于对照组的12.0%。

心理支持定制化策略取得了良好效果,老年患者的焦虑抑郁评分在干预后较对照组降低25.0%,青少年患者因课业问题产生的焦虑情绪得到有效缓解。营养干预精准化满足了不同年龄患者的生理需求,老年患者营养不良发生率从对照组的18.0%降至实验组的8.0%,青少年患者的营养指标达标率提高了30.0%。这些综合干预措施协同作用,有效缩短了病因确诊时间,降低了并发症发生率,提升了患者满意度。

4 结论

针对感染科发热查因患者实施多维护理评估与个性化护理实践,能够显著提升护理服务质量与诊疗效率。该模式通过精准的护理评估,为发热病因诊断提供重要支持,有效缩短确诊时间;基于年龄特点的个性化护理方案,降低了并发症发生风险,提高了患者满意度,建议在临床广泛应用,并进一步开展深入研究以完善其理论与实践体系。

参考文献:

- [1] 张银凤.舒适护理在感染科门诊高热病人中的应用[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生:00208-00208[2025-06-13].
- [2] 宋娟.急诊科发热患者的病因特征与护理分析[J].中国现代药物应用,2016,10(1):2.
- [3] 于滢.传染病专科医院发热门诊应对新型冠状病毒感染的护理管理[J].中医学报,2020(S02):0295-0295.
- [4] 肖红菊,刘刚,杨晓秋,等.发热疾病科护理常规制定及效果评价[J].中华医院感染学杂志,2020(13):2.