

科学“手”卫生,守住健康第一道防线

健康科普

你有没有想过,日常生活中我们的双手会接触多少看不见的“污染源”?

出门按电梯按钮,指尖可能沾染前一位使用者留下的流感病毒;地铁、公交扶手上,金黄色葡萄球菌等致病菌伺机附着;有检测研究显示,手机屏幕上的细菌数量,甚至高于马桶圈。双手就像载体,把环境当中的各类微生物,输送到我们身体的薄弱部位。无论是普通市民、就诊患者,还是医院陪护家属,掌握科学规范的手卫生知识,就是守护自己和家人健康最简单的第一道防线。

据世界卫生组织(WHO)相关统计,坚持良好手卫生,可以减少30%以上腹泻类疾病、20%以上呼吸道感染。在医疗机构内,手卫生依从性每提升10%,医院感染发生率便可下降约6%。一组组数据充分说明,洗手是人类公共卫生史上成本最低、效果最突出的防病手段。

为什么手容易传播病菌

人的皮肤表面并非完全无菌,皮肤固有菌群可以和人体和平共存。但双手在生活工作中,会不断接触外界环境,成为微生物的“顺风车”,沾染外来的致病菌。

普通人一天之内,会反复触摸门把手、

电梯按键、公共桌椅、钱币、手机、交通工具扶手等高频接触物品。双手皮肤褶皱、指缝、指甲缝隙,很容易藏匿细菌、病毒、真菌。这些病原微生物肉眼看不见,即便双手看上去干干净净,污染依然客观存在。

眼睛、鼻腔、口腔黏膜,是人体最容易被病原体入侵的部位,而我们常常会无意识用手触碰。有调查表明,人在清醒状态下,平均每小时触摸面部二十余次,大部分触碰集中在眼、鼻、口。不少感染并非来自空气飞沫,而是双手把病菌带到黏膜,造成侵入感染。

普通感冒、急性胃肠炎、流感,还有医院内多见的交叉感染、多重耐药菌传播,手接触传播是首要途径。医院住院患者大多免疫力偏弱,部分存在伤口、各类留置管路,皮肤黏膜防御能力下降,手部带来的感染风险会成倍放大。

生活中常见四大洗手误区

很多人不是不愿意洗手,而是认知上存在误区,这也是感染反复发生的重要诱因。

误区一:看着手不脏,就不用洗手。

细菌、病毒肉眼无法识别,手上看不到污渍,不等于没有病原体。依靠视觉判断手部洁净,是很多人普遍存在的卫生漏洞。

误区二:清水冲一冲就算洗干净。

清水仅能冲掉表面浮尘,无法去除手上油脂以及牢牢粘附的病菌。只用清水冲洗除菌效果很差,必须配合肥皂或者洗手

液充分揉搓,才能破坏微生物保护膜,实现有效清洁。

误区三:戴好口罩就可以忽视洗手。

口罩主要阻挡飞沫传播,对接触传播没有防护作用。如果双手沾染病菌,再去摸口鼻、摘口罩、揉眼睛,依旧会发生感染。现实中不少群众重视戴口罩,却忽略手卫生这个关键环节。

误区四:免洗手消毒液能够完全代替流水洗手。

免洗手消毒产品适合外出无流动水源时临时应急。一旦手上看得见灰尘、痰液、食物残渣等污物,必须用流水洗手,免洗手消毒产品难以彻底清除污染物。

把握关键时机,该洗手就要及时洗

手卫生不在于洗的次数多,而在于时机抓得准。日常生活和医院陪护场景,下面这些情况一定要做好手部清洁:

饭前便后、外出回家、触碰公共设施之后;咳嗽打喷嚏用手捂口鼻、处理垃圾污物之后;照料老人、孩童、病患前后;换药、擦身、喂食、协助患者护理前后;接触手机、钱币、快递包裹之后;佩戴、摘除口罩,触摸眼

口鼻之前或之后。

尤其医院陪护人员,病区环境病原体密度高于普通居家环境。陪护频繁接触床栏、医疗仪器、被褥、卫生间,极易携带呼吸道、肠道致病菌以及多重耐药菌。规范做好手卫生,既是保护患者,也是保护陪护者自身。

学会七步洗手法,把手真正洗干净

规范洗手要使用流动清水搭配洗手液或肥皂,完整揉搓时间不少于20秒。采用七步洗手法,依次清洗掌心、手背、指缝、指背、大拇指、指尖、手腕,做到各个部位无遗漏。

现实当中很多人草草搓洗掌心两三秒就结束,达不到除菌效果。完整规范洗手,可以清除手上绝大多数致病微生物,显著降低交叉感染风险。洗完手,建议使用干净纸巾或者毛巾擦干双手;手部长期潮湿,反而更容易滋生细菌。

手卫生,性价比最高的健康保障

不管是家庭日常防护,还是医疗机构的医院感染防控,手卫生都是简便易行、成效显著防控措施。对比药物治疗、大规模环境消杀,养成洗手习惯,就可以切断接触传播链条,减少呼吸道感染、肠道疾病、皮肤感染以及院内交叉感染。

住院患者、老年人、慢性病、免疫力低下人群,坚持落实手卫生,对预防感染、助力康复有着十分重要的意义。面向全社会普及手卫生知识,纠正错误卫生习惯,能够降低社区和医院感染发生,提升群众公共卫生素养。

一双手,连着全家人的健康。把握洗手时机,摒弃卫生误区,把科学手卫生融入日常,守护个人、家庭以及住院患者的健康防线。

(来安安宁医院 郭兰兰)

健康提醒

提起结核病,很多人首先想到的是持续咳嗽、咳痰,认为结核只会发生在肺里。事实上,结核病菌除了侵犯肺部,也可能累及淋巴结、骨关节、胸膜、腹膜、肠道、泌尿系统和中枢神经系统等部位,这类情况统称为肺外结核。由于发病部位不同,它的表现往往不像人们熟悉的肺结核,有时只是一个不痛的肿块、一段时间的腰背痛,或反复出现的腹部不适,因此容易与其他常见疾病混淆。认识肺外结核,并不是让人看到普通不适就紧张,而是在症状迟迟不缓解时,多考虑一种需要排查的可能。

结核菌为何会到达肺外

结核病菌通常经呼吸道进入人体。人体感染后,并不一定马上发病,免疫系统可能将病菌控制在相对静止的状态。若机体免疫力减弱,原有病灶可能重新活跃;病菌也可能经血液或淋巴到达其他部位,引起相应器官的病变。老年人、婴幼儿,以及患有糖尿病、营养不良或长期使用免疫抑制药物的人,发生结核病的风险相对较高。

识破肺外结核的“伪装”

不过,有这些情况并不等于一定会患病,是否为肺外结核仍需结合症状和检查判断。有些患者没有明显肺部症状,这也是肺外结核容易被忽略的原因之一。

不同部位,表现各不相同

淋巴结核是肺外结核中最常见的一种。最典型的表现是脖子、腋下或大腿根部出现肿块,早期疼痛不明显,表面皮肤也可能没有变化。若肿块持续增大、彼此粘连,或出现破溃、渗液,就应尽早就诊。发现肿块后不要反复揉搓、挤压,更不要自行挑破。

骨关节结核常累及脊柱、髋关节或膝关节。它的起病通常较慢,可能表现为腰背部或关节持续疼痛、活动受限,休息后也不能完全缓解。普通劳损和退行性疾病同样会引起这些症状,所以仅凭疼痛这一表现,还不能确定是否患有结核。如果疼痛反复存在,并伴有局部肿胀、低热、乏力或体重下降,需要进一步检查。出现肢体麻木、无力或行走不稳时,应尽快就医。

腹部结核可累及肠道、腹膜或腹腔淋巴结,常见表现包括腹痛、腹胀、排便习惯改变、食欲下降等,与慢性胃肠疾病较为相似。泌尿系统结核可能出现尿频、尿急、尿痛或血尿,有些患者接受常规尿路感染治疗后,症状仍反复出现。胸膜结核可能表现为胸痛、发热、气短或胸腔积液。结核性

脑膜炎早期有时只有头痛、发热、精神不佳,若头痛逐渐加重,伴频繁呕吐、嗜睡、意识变化或颈部发硬,应及时就医。

为何肺外结核不易被发现

肺外结核容易被忽视,主要是因为症状不够典型,而且病变部位往往不容易获取检查样本。首先,部分患者会出现低热、盗汗、乏力、食欲下降或体重减轻等症状,但这些表现也可见于其他感染性疾病、慢性疾病,甚至过度劳累,因此很难仅凭症状及时判断为结核。与此同时,肺外结核还可能因累及部位不同,表现为淋巴结肿大、胸腹水、骨关节疼痛或头痛等,容易与其他疾病混淆。

其次,肺外结核的病灶通常位于淋巴结、骨关节、胸膜、腹膜等部位,难以像肺结核那样通过痰液检查直接寻找结核分枝杆菌。为了明确诊断,有时需要进行穿刺、内镜检查或病变组织化验,不仅取材难度较大,部分标本中的病原体数量也较少,进一步增加了诊断难度。

怀疑肺外结核,该怎么办

如果身体某个部位出现原因不明的肿块、疼痛,持续两周以上仍不缓解;或者长期低热、夜间出汗、乏力、体重下降;又或者以前得过结核,近期其他部位再次出现不适,都应及时到医院检查。

医生会根据不适的部位和具体症状,

安排影像检查、结核感染相关检查等。由于肺外结核的病灶藏在身体内部,有时还需要通过穿刺或活检取得少量组织,进一步判断是否与结核有关。一次检查没有发现问题,也不能完全排除,医生会结合多项结果综合判断。

治疗不能半途而废

肺结核和肺结核一样,都需要规范服用抗结核药物。具体要用哪些药、治疗多长时间,要根据病变部位和病情决定。有些肺外结核治疗时间较长,但并不是所有患者都需要一年以上,不能一概而论。

有些人服药几个月后,感觉症状减轻了,就自行减药或停药。其实,症状好转并不代表结核菌已经完全清除。过早停药可能导致病情反复,还可能增加耐药风险,让后面的治疗更加困难。因此,即使身体已经没有明显不适,也要按照医嘱完成疗程,并定期复查。

单纯肺外结核通常不容易通过日常接触传播,但有些患者可能同时患有肺结核,所以是否具有传染性,还需要通过检查判断。肺外结核虽然善于“伪装”,但并非无迹可寻。身体出现长期不缓解的肿块、疼痛、低热、盗汗或体重下降时,不妨及时到医院查清原因。尽早发现、明确诊断并坚持规范治疗,才能少走弯路。

(铜陵市第二人民医院 叶少华)

拥有“熊猫血”,献血输血有啥“门道”?

健康关注

说起血型,很多人只知道A型、B型、O型和AB型。但在临床输血过程中,还有一种容易被忽视的血型分类——Rh血型系统。由于Rh阴性血在人群中相对少见,很多人对它存在疑问:Rh阴性血到底特殊在哪里?是不是以后输血会更困难?怀孕时又有哪些需要注意的问题?了解这些知识,有助于正确认识Rh阴性血,避免因不了解而产生不必要的担心。

Rh阴性血是什么?为什么被称为“熊猫血”

Rh血型系统是临床输血时判断血液是否匹配的重要依据之一。其中,D抗原是最受关注的一种。如果红细胞表面存在D抗原,就属于Rh阳性;反之,则属于Rh阴性。“熊猫血”这个称呼,主要来源于Rh阴性血在人群中的比例较低,就像大熊猫一样相对珍稀。但需要明确的是,Rh阴性并不代表身体存在异常,也不会影响日常生活。

很多人在体检或献血检测中第一次知道自己是Rh阴性血,可能会产生紧张

情绪,担心自己以后“没有血可以用”。

实际上,现代医疗机构通过血型检测、信息登记、血液储备管理等方式,能够提高稀有血型患者的用血保障。对于普通人来说,了解自己的血型信息是一件有意义的事情。尤其是在接受手术、治疗或需要输血的情况下,准确提供个人血型信息,有助于医务人员更快、更准确地制定输血方案。

Rh阴性血,为什么需要特殊管理

从献血流程来看,Rh阴性血与其他血型并没有明显区别。符合条件的献血者,同样需要经过健康征询、血液检测、采集和保存等规范流程。

不同的是,血液采集后,工作人员会进一步复核确认Rh血型,并按照血型类别进行分类管理。由于Rh阴性血在人群中相对少见,临床需求又存在不确定性,因此血液管理部门需要根据实际情况做好储备和调配。

另外,红细胞制品具有一定保存期限,既不能无限储存,也不能完全依靠临床急需时再寻找。因此,血站通常会通过科学管理、信息登记等方式,提高稀有血型血液的使用效率。

需要说明的是,是否献血完全属于个人选择。Rh阴性血并不意味着每个人都必须承担额外责任,而是让更多人了解这种血型

特点,在需要时能够更好地配合医疗管理。

Rh阴性患者输血,关键看哪些情况

关于Rh阴性血,大家最容易产生的误解是:“Rh阴性患者只能输Rh阴性血。”实际上,临床输血并不是简单按照血型标签判断,而是需要结合患者体内是否存在抗体、输血紧急程度以及配血检测结果综合决定。其中,抗-D抗体是判断输血风险的重要因素。可以把它理解为身体产生的一种“防御物质”,它能够识别并攻击带有D抗原的红细胞。

如果Rh阴性患者曾经接受过Rh阳性血液,或者Rh阴性女性怀孕时,胎儿为Rh阳性,母体可能受到刺激产生免疫性抗-D抗体。一旦体内已经存在这种抗体,再输入Rh阳性红细胞,就可能发生免疫反应,甚至引起溶血。因此,对于已经产生免疫性抗-D抗体的患者,输血时需要严格选择合适的血液。如果患者没有产生免疫性抗-D抗体,在非紧急情况下,医生通常也会优先考虑Rh阴性血,以降低以后产生抗体的可能,保障未来输血安全。但在危及生命的紧急情况下,输血原则首先是抢救生命。如果短时间内无法获得Rh阴性血,而患者情况十分紧急,医生会根据配血结果和风险评估,选择最合适的输血方案。这并不是随意输血,而是在专业判断基础上的科学处理。

健康知识

在医院重症救治场景中,血液系统疾病、严重全身性感染以及大型手术后的患者,常常面临一种特殊的治疗困境:部分患者即便多次接受血小板输注治疗,体内血小板数量依旧无法有效回升,出血症状也难以得到控制。很多患者会下意识怀疑血液制品质量存在问题,而从临床实际诊疗情况来看,绝大多数反复输血效果不佳的案例,并非血源品质问题,而是人体免疫系统产生的异体排斥反应所致。随着现代精准输血技术不断升级,通过精细化抗体筛查与个体化配型方案,能够高效解决血小板输注无效难题,为危重症患者的救治提供坚实保障。

临床医学根据发病机制差异,将血小板输注无效的成因划分为两大类,分别为非免疫性因素与免疫性因素。其中非免疫性问题多由患者自身身体状态及外界治疗因素引发,属于可逆性影响。当患者存在持续高热、重度感染、脾脏功能亢进,或是长期使用特定治疗药物时,体内血小板的破坏速度会明显加快,生存周期大幅缩短,间接导致输血效果变差。这类情况无需更换输血方案,只需积极治疗原发病、控制感染症状、合理调整用药,就能逐步恢复正常的血小板输注疗效。

相比之下,临床中九成以上持续性、反复性输血无效现象,均源于机体免疫应答引发的排斥反应。人体免疫系统具备完善的抗原识别功能,能够精准区分自身细胞与外来异体细胞。如果患者既往存在多次输血、妊娠分娩、器官移植等情况,身体免疫系统会提前被激活致敏,产生针对性的特异性抗体。当异体血小板再次进入人体,免疫系统会将其判定为外来异物快速清除,直接导致输血治疗失去止血、升板的作用。目前临床研究证实,人类白细胞抗原抗体、血小板特异性抗体,是诱发输血免疫排斥、造成治疗失效的两大核心因素。

想要彻底改善输血无效的现状,精准溯源、明确体内致敏抗体类型是关键。当前各级医院输血科已建立成熟完善的分层检测体系,兼顾筛查效率与检测精准度,适配不同患者的诊疗需求。针对初次排查的普通患者,医院采用成熟的固相凝集法、酶联免疫检测技术开展批量筛查,能够快速判断患者体内是否存在血小板相关抗体,精准区分免疫性与非免疫性输注无效,为临床早期干预提供科学依据。

对于抗体筛查结果阳性、长期依赖输血且治疗效果持续不佳的疑难患者,需要进一步开展高精度抗体分型检测。针对白细胞抗原相关致敏问题,采用高灵敏度流式荧光定量检测技术,可精准定位患者的致敏抗原位点,明确排斥反应诱因。针对临床少见的小血小板特异性抗体,依托检测技术,能够精准捕捉各类罕见抗体,彻底查清患者反复输血失效的根本原因,为后续个体化精准配型提供精准的数据支撑。

传统输血模式仅依据ABO血型完成匹配输注,模式单一且存在明显局限,忽略了影响血液相容性的核心抗原差异,这也是多数患者反复输血无效的根本原因。如今精准输血诊疗模式全面落地,根据患者病情紧急程度、输血周期,制定差异化配型方案,真正实现输血治疗个体化、精准化。

针对急诊大出血、危重急救患者,临床采用快速血清学交叉配型技术。通过体外开展患者血清与健康供者血小板的相容性试验,提前筛查排斥、凝集等不良反应,快速筛选适配的血小板。该技术操作简便、检测耗时短,能够快速规避即时免疫排斥风险,有效满足急症患者的紧急止血需求,提升短期救治效果。

针对白血病、再生障碍性贫血等需要长期规律性输血维持治疗的患者,基因联合精准配型是最优诊疗方案。通过高通量基因分型技术,全面解析患者自身基因特征,从标准化血源库中筛选基因匹配度高的血小板。若无完全匹配血源,可通过抗原表位筛选、交叉反应分组等技术筛选适配血源,从根源上规避抗体攻击,大幅提升血小板输注有效率,减少无效输血频次,降低各类输血不良反

应的发生概率。

由于输血史、妊娠史、基础疾病的差异,每个人的免疫致敏状态都独具特点,部分患者形成的免疫屏障,会让常规输血难以起效。而精准抗体筛查联合基因配型技术,彻底打破了传统粗放式输血的局限,将以往随机性的输血尝试,升级为一人一策的定制化精准治疗。

目前临床已形成标准化诊疗流程,针对首次出现输血效果不佳的患者,优先排查感染、脾功能异常、药物干预等外在因素,排除非免疫问题后,再系统开展抗体筛查与分型检测,依据检测结果制定适配的输血方案。同时针对多次输血的高风险患者,推行前置筛查模式,提前预判输血风险,从源头减少无效输血,避免患者身体受损,节约宝贵的血液医疗资源。

综上所述,血小板输注无效并非无法解决的临床难题。依托精细化检测技术找准免疫排斥根源,配合科学化的个体化配型方案规避治疗冲突,能够显著提升临床输血疗效。对于长期接受治疗的血液病重症患者,精准输血不仅可以有效控制出血风险,保障放化疗及综合治疗有序开展,还能减轻患者身心负担,优化远期生存质量。精准输血技术的普及应用,推动现代输血医学走向精细化、规范化,为各类出血危重症患者筑牢生命救治防线。

(滁州市中西医结合医院 宋春元)

破解血小板输注无效：精准配型让输血更有效

投稿邮箱:czrb9012@163.com