

基孔肯雅热急性期护理的最佳证据总结

肖丽娜¹, 庄秀恩¹, 孙福宁¹, 黄小芳¹, 刘宏林², 贺婷³

摘要:目的 总结基孔肯雅热急性期护理的最佳证据,为临床开展基孔肯雅热急性期护理提供依据。方法 依据“6S”循证资源金字塔模型,检索 PubMed、Embase、CINAHL、Cochrane Library 及世界卫生组织、美国疾病控制与预防中心官网等数据库。文献检索时限从建库至 2025 年 8 月 25 日,纳入临床指南、系统评价、原始研究、Meta 分析、证据总结、专家共识。采用 JBI 证据预分级系统进行证据分级。结果 最终纳入 15 篇文献,包括 5 篇指南、3 篇系统评价、5 篇专家共识、2 篇原始研究。最终形成发热护理、关节痛护理、皮疹护理、心理护理、特殊人群护理共 5 个主题的 23 条最佳证据。核心内容包括动态监测症状,针对发热、关节痛、皮疹实施护理干预。结论 总结的基孔肯雅热急性期护理最佳证据为临床护理提供了循证依据,但使用证据时需结合患者病情进行护理。

关键词:基孔肯雅热; 急性期; 发热护理; 关节痛护理; 皮疹护理; 护理干预; 证据总结; 循证护理

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.04.042

Summary of the best evidence on nursing care of acute Chikungunya fever Xiao Lina, Zhuang Xiu'en, Sun Funing, Huang Xiaofang, Liu Honglin, He Ting. Nursing Department, Zhongshan Second People's Hospital, Zhongshan 528447, China

Abstract:Objective To summarize the best evidence on nursing care of acute Chikungunya fever (CHIKF), and to provide evidence for conducting acute care of CHIKF. Methods A comprehensive literature search was conducted in accordance with the 6S model, encompassing PubMed, Embase, CINAHL, the Cochrane Library, as well as the official websites of the World Health Organization (WHO) and the U. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The retrieval period was from the database inception to August 25, 2025, eligible evidence sources included clinical practice guidelines, systematic reviews, original research studies, meta-analyses, evidence summaries, and expert consensus statements. The evidence grading was performed in accordance with the JBI evidence pre-grading system. Results A total of 15 articles were ultimately included, comprising 5 guidelines, 3 systematic reviews, 5 expert consensus statements and 2 original research studies. These yielded 23 evidence-based findings organized into five thematic areas: fever management, arthralgia care, rash care, psychological support, and care for special populations. The core content involved dynamic symptom monitoring and the implementation of nursing interventions targeting fever, joint pain, and rash. Conclusion The best evidence on acute-phase management of CHIKF offers an evidence-based foundation for clinical nursing practice; however, the evidence should be applied in conjunction with individual patient assessments.

Keywords:Chikungunya fever; acute phase; fever care; arthralgia care; rash care; nursing intervention; evidence summary; evidence-based nursing

基孔肯雅热(Chikungunya Fever, CHIKF)是由基孔肯雅病毒引起经伊蚊传播的急性传染病^[1],其典型临床表现为突发高热、对称性关节剧痛及皮疹,部分患者会发展为慢性关节炎,持续时间长达数月甚至数年,出现肢体功能障碍^[2]。世界卫生组织数据显示,2013—2024 年该病在美洲、东南亚和非洲多地大规模流行^[3]。近年来我国广东、云南等地区存在“输入病例-本地传播流行”情况^[1]。目前,基孔肯雅热尚无特效抗病毒药物,以对症支持治疗为主,因此护理干预在疾病急性期管理中起重要作用。然而,现有护理实践存在症状监测缺乏全面评估、护理临床实践存在较大差异、特殊人群研究证据不足以及对急性期患

者心理问题的研究不足等问题。本研究整合当前基孔肯雅热急性期护理的最佳证据,旨在为临床实施基孔肯雅热急性期护理提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 问题的确立 依照 PIPOST 模式^[4]确立循证问题。目标人群(Population, P)为基孔肯雅热急性期住院患者;干预措施(Intervention, I)为基于最佳证据的护理观察要点及干预措施,如发热、皮疹、关节活动训练等护理干预;应用证据的人员(Professional, P)为感染科医生、护士、患者及家属;结局指标(Outcome, O)为患者疼痛评分、瘙痒评分、生活质量、关节活动度等;证据应用场所(Setting, S)为感染科病房;证据类型(Type of evidence, T)包括指南、证据总结、系统评价、专家共识、Meta 分析、临床决策、原始研究等。

1.2 检索策略 采用“6S”循证资源金字塔模型进行文献检索,检索数据库包括 PubMed、Embase、CINAHL、Cochrane Library、世界卫生组织、美国疾病

作者单位:中山市第二人民医院 1. 护理部 2. 医学检验中心 3. 医院办公室(广东 中山, 528447)

通信作者:贺婷, ht3517@163.com

肖丽娜:女,本科,主管护师,1214343040@qq.com

收稿:2025-09-11;修回:2025-11-12

控制与预防中心官网、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网,还检索了国家、省市卫生健康委员会和国家疾病预防控制中心网站,以及权威新闻媒体发布的技术指南和专家共识。检索时限为建库至 2025 年 8 月 25 日。中文数据库以中国知网为例,其检索式(主题:基孔肯雅热+基孔肯雅病毒+基孔肯雅病毒感染)AND(篇名/关键词/摘要:护理+护理干预+症状护理+应对策略+管理+处置)AND(篇名/关键词/摘要:发热+关节痛+皮疹)。英文数据库以 PubMed 为例,其检索式("Chikungunya fever"[MeSH Terms] OR "CHIKF"[Title/Abstract] OR "CHIKV"[Title/Abstract])AND"nursing"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing intervention"[Title/Abstract] OR "nursing management"[Title/Abstract]AND "fever"[Title/Abstract] OR "arthralgia"[Title/Abstract] OR "rash"[Title/Abstract])。

1.3 文献筛选与资料提取 文献纳入标准:研究对象为基孔肯雅热急性期的住院患者;研究内容至少包含“症状监测(发热、关节痛、皮疹)”或“护理干预措施”的任一项;研究类型为临床指南、系统评价、专家共识、临床决策、随机对照研究或类实验研究。排除标准:个案报告、非护理相关研究及无法获取全文的文献。由 2 名研究者独立进行文献筛选及资料提取,遇分歧时通过协商或第三方一起讨论后确定。提取的内容包括文献的基本信息(作者、发表时间、文章标题、文献类型)、研究主题(症状监测、护理干预措施

等)以及关键结论和推荐意见。

1.4 文献质量评价 指南采用临床指南研究和评价系统(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II, AGREE II)^[5]进行质量评价;专家共识及系统评价采用 JBI 循证卫生保健中心对应的文献质量评价标准(2016)^[6]予以评价;类实验性研究采用 JBI 类实验性研究评价工具^[7]予以评价。所有文献由 2 名经过循证护理培训的人员独立评价,当评价结果出现意见分歧时,由循证方法学专家介入,表决文献质量评价结果。

1.5 证据提取与证据分级 由 2 名经过循证护理培训的研究人员对最终纳入的文献进行关键内容提取与汇总,并遵循以下原则:内容互补的予以合并;内容相似的选择简洁、清晰的表达;内容互相独立的则保留原始表达;对于有争议的证据条目,通过研究小组讨论达成共识后予以确定。根据 JBI 证据分级法^[8]对所有纳入研究的评价结果进行分级评定,根据研究类型的不同,证据等级划分为 1~5 级,最高等级为 1 级,最低等级为 5 级。

2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索共获得相关文献 646 篇,删除重复文献 255 篇,阅读文题及摘要排除文献 314 篇,再阅读全文排除文献 62 篇,最终纳入文献 15 篇^[1-3,9-20]。15 篇文献中,临床指南 5 篇^[1-3,9-10],系统评价 3 篇^[11-13],专家共识 5 篇^[14-18],类实验性研究 2 篇^[19-20],纳入文献的基本特征见表 1。

表 1 纳入文献一般特征

作者/机构	文献来源	文献类型	文献主题	发表时间(年)
国家卫生健康委员会等 ^[1]	国家卫生健康委员会	诊疗指南	基孔肯雅热诊疗方案(2025 版)	2025
WHO ^[2]	WHO	临床指南	基孔肯雅热临床管理指南	2025
NCVBDC ^[3]	National Center for Vector Borne Diseases Control	区域指南	基孔肯雅热临床管理国家指南(印度)	2023
国家卫生健康委员会等 ^[9]	国家卫生健康委员会	临床指南	登革热诊疗方案(2024 年版)	2024
国家疾病预防控制中心 ^[10]	国家疾控局官网	临床指南	基孔肯雅热防控技术指南(2025 年版)	2025
Rama 等 ^[11]	PubMed	系统评价	基孔肯雅热的临床结局	2024
Webb 等 ^[12]	Embase	系统评价	全球基孔肯雅热临床管理	2022
王琪等 ^[13]	中国知网	系统评价	儿童发热管理临床实践指南解读和内容分析	2023
唐彬等 ^[14]	中国知网	专家共识	云南基孔肯雅热中医诊疗专家共识	2020
王蜀强等 ^[15]	中国知网	专家共识	四川省中西医结合防治基孔肯雅热专家共识(2025 年版)	2025
蔡岳鞠等 ^[16]	中国知网	专家共识	新生儿登革病毒、基孔肯雅病毒和寨卡病毒感染诊疗与防控专家共识(2025 年)	2025
何玲等 ^[17]	中国知网	专家共识	基孔肯雅热医疗机构感染预防与控制专家共识(2025 年版)	2025
陈广等 ^[18]	中国知网	专家共识	重症基孔肯雅热诊治专家共识	2025
邱春媚等 ^[19]	中国知网	类实验性研究	关节痛分级护理实践	2016
韦利红等 ^[20]	中国知网	类实验性研究	基于信行的护理模式对登革热住院患者的心理和生活质量的干预效果	2021

2.2 文献质量评价结果

2.2.1 指南的质量评价 纳入 5 篇指南^[1-3,9-10],结果显示,3 篇指南^[1-2,10]在范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性和编辑独立性领域标准化得分百

分比为 82%~92%,整体文献质量为 A 级。2 篇指南^[3,9]在范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性领域标准化得分百分比为 75%~81%,应用性和编辑独立性领域标准化得分百分比为 63%~68%,文献质量为

B 级。

2.2.2 系统评价与综述的质量评价 纳入 3 篇系统评价^[11-13]。Rama 等^[11]的研究所有条目评价为“是”，方法学严谨性高，文献质量为 A 级；Webb 等^[12]的研究在“检索策略是否全面”条目评价为“部分是”，其余条目均为“是”；王琪等^[13]的研究在“文献筛选方法”“质量评价流程”评价为“不清楚”，在“结果综合的严谨性”评价为“部分是”，文献质量为 B 级。

2.2.3 专家共识的质量评价 纳入 5 篇专家共识^[14-18]。唐彬等^[14]的研究在“观点来源是否明确”和“观点是否与以往文献一致”条目的评价为“否”，其余条目均为“是”，文献质量为 B 级；王蜀强等^[15]的研究所有条目评价为“是”，文献质量为 A 级；蔡岳鞠等^[16]的研究在“是否基于现有证据”和“观点形成过程是否严谨”条目评价为“是”，方法严谨性高；何玲等^[17]的研

究在“编辑独立性”条目评价为“不清楚”，其余条目为“是”，文献质量为 B 级。陈广等^[18]的研究在“观点是否与以往文献一致”条目的评价为“不清楚”，其余条目均为“是”，文献质量为 B 级。

2.2.4 原始研究的质量评价 纳入 2 篇类实验性研究^[19-20]。邱春媚等^[19]的研究在“干预措施实施一致性”“结局指标盲法测量”条目为“是”，组间基线可比，干预措施可重复性明确、结局指标客观性强，文献质量为 A 级；韦利红等^[20]在“随访是否完整”评价为“部分是”，其余条目均为“是”，文献质量为 B 级。

2.3 证据汇总 通过对基孔肯雅热急性期的症状观察及干预措施进行证据汇总，最终形成发热护理、关节痛护理、皮疹护理、心理护理、特殊人群护理共 5 个主题的 23 条最佳证据，见表 2。

表 2 基孔肯雅热急性期护理的最佳证据总结

主题	证据内容	证据等级
发热护理	1. 明确发热监测频率，若体温 < 38.5℃，每 6 小时测量 1 次；体温 ≥ 38.5℃，每 4 小时测量 1 次 ^[1-2,10]	1 级
	2. 持续高热超过 72 h 提示可能发生并发症或其他感染，应加强评估与监测 ^[1,18]	1 级
	3. 推荐采用中西医结合方案进行发热管理，西医采用物理与药物阶梯降温，中医可采用外治法或内服汤药 ^[1,15]	1 级
	4. 根据体温推荐阶梯降温方案，体温 37.5~38.4℃ 时，增加水分摄入 (2 000~2 500 mL/d)；体温 38.5~39.4℃ 时，予以温水擦浴和对乙酰氨基酚药物治疗 (每 6 小时 1 次)；体温 ≥ 39.5℃，予以冰毯降温及静脉输液 ^[1,2]	1 级
	5. 强调非药物降温优先原则，以物理降温为主，高热不退者推荐使用对乙酰氨基酚 ^[1,3,11-12]	1 级
	6. 物理降温联合药物降温可有效管理发热，但口服药物降温时避免使用阿司匹林，儿童应避免使用水杨酸类药物 ^[1,13]	2 级
	7. 中医退热可采用中医外治法 (如大椎穴放血)、清热化湿汤药内服 ^[1,14-16]	5 级
关节痛护理	8. 使用视觉模拟量表 (Visual Analogue Scale, VAS) 每日评估疼痛程度，根据 VAS 评分采取相应护理措施 ^[3,12]	1 级
	9. 使用关节活动度 (Range of Motion, ROM) 分级评估关节功能状态，建议同时记录主动和被动活跃度 ^[19]	2 级
	10. 优先选择对乙酰氨基酚，并遵循最低剂量和最短疗程的原则 (成人 500~1 000 mg/次，每日不超过 4 g) ^[1,10,12,16-17]	1 级
	11. 关节痛患者可使用局部外用贴剂及物理疗法 (如红外线) 并联合药物进行序贯治疗 ^[18-19]	1 级
皮疹护理	12. 急性期卧床休息，疼痛减轻后逐步活动，注意防跌倒 ^[2]	1 级
	13. 急性期床上康复干预方案可改善关节功能，如等长肌力训练、小关节运动 ^[18-19]	2 级
	14. 皮疹多出现在发热后 2~5 d，分布于躯干、四肢、面部 ^[1,18]	1 级
心理护理	15. 每日清水清洁皮肤，避免搔抓，使用炉甘石洗剂 + 抗组胺药 ^[1,18]	4 级
	16. 使用医院焦虑抑郁量表评估患者心理状况，针对患者心理状态实施护理干预或认知行为疗法，或正念减压训练，以改善患者心理状态 ^[17,20]	2 级
特殊人群护理	17. 孕妇避免使用阿司匹林等非甾体抗炎药，需加强胎心监护，血小板 < 30 × 10 ⁹ /L 时备血小板，避免发生出血性并发症 ^[1,9]	1 级
	18. 对于 3 岁以上儿童，推荐使用 Wong-Baker 疼痛量表评估疼痛程度 ^[13]	2 级
	19. 母乳喂养的婴幼儿可适当增加喂养频率，对于拒奶拒食者可根据情况给予口服补液盐 ^[13]	2 级
	20. 儿童喂养困难时应评估吞咽反射，可予以管饲、肠外营养的方式保证热量及营养的摄入 ^[10,16]	5 级
	21. 儿童高热惊厥风险较高，需密切监测；儿童惊厥时，首选苯巴比妥钠 ^[16]	1 级
	22. 婴幼儿及儿童为出血性并发症的高危人群，需警惕 ^[18]	2 级
	23. 对于高龄、有基础疾病或出现重症患者应及时收治 ICU 进行监护 ^[17]	5 级

3 讨论

3.1 需动态监测症状并实施护理干预

3.1.1 发热护理

3.1.1.1 体温监测与评估 发热是基孔肯雅热最常见且最早出现的症状，约 90% 的患者以突发高热为首表现，体温常在数小时内升至 39℃ 以上，儿童发热体温可 > 40.1℃^[21]，一般 1 周内下降至正常，超过 5 d 的持续发热可能提示发生并发症或其他感染^[1]。发

热通常表现为“鞍型”曲线，即初期高热持续 2~3 d 后短暂缓解，随后再次升高 1~2 d，少数患者退热后可再次发热，呈现“双峰热”，一般持续 3~5 d，这种特殊热型可作为与登革热等其他蚊媒传染病相鉴别的参考依据^[15]。建议急性期体温监测频率为：体温 < 38.5℃，每 6 小时测量 1 次；体温 ≥ 38.5℃，每 4 小时测量 1 次^[2]；当体温持续 > 39.5℃ 且超过 24 h 或体温波动幅度 > 2℃/d，需加强监测并警惕病情恶化^[22]。

另外,儿童高热惊厥风险较高,需密切监测^[16,21]。

3.1.1.2 护理干预措施 需根据体温采用阶梯式降温方案,以物理降温为主^[2]。体温 37.5~38.4℃时,增加水分摄入,饮水 2 000~2 500 mL/d;体温 38.5~39.4℃时,予以物理降温(温水擦浴)和对乙酰氨基酚药物治疗(每 6 小时 1 次);体温 \geq 39.5℃,予以冰毯降温 and 静脉输液^[2,21],同时注意休息,多饮水^[1,22]。口服药物降温时避免使用阿司匹林(可能增加出血风险);儿童应避免使用水杨酸类药物(可能引发 Reye 综合征风险);禁用乙醇擦浴(可能导致皮肤脱水)^[1]。对于高热患者,可考虑中医辅助疗法,包括外治法,即采用大椎穴放血疗法^[1]或刺络拔罐^[9](禁用于皮肤破损、血小板 $<50\times 10^9/L$ 患者);内服法,即内服清热化湿汤药^[1];对于 ≤ 8 岁患儿,可采用儿童推拿,即在无皮肤破损及血小板正常的情况下,予以“清天河水”中医推拿技术(由腕横纹 \rightarrow 肘横纹单向快速直推,200次/min,每次 5 min,间隔 1 min,反复 6 次)^[23]。护理过程中可通过关注体温恢复时间、高热反复次数及患者舒适度改善情况来综合评价护理效果。

3.1.2 关节痛护理

3.1.2.1 关节痛监测与评估 关节痛是基孔肯雅热的特征性症状,其特点是突发、剧烈且多呈对称性分布。典型表现为四肢小关节同时受累,尤其是手指、腕部和踝趾关节,常伴有明显晨僵和活动受限^[1,10]。急性期每日采用视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评估疼痛程度^[3,12,24],评分越高表示疼痛程度越重。使用关节活动度(Range of Motion, ROM)评估关节功能状态^[19],建议同时记录主动和被动关节活动度,便于评估。

3.1.2.2 护理干预措施 关节痛管理遵循“分级干预”原则,根据 VAS 评分采取相应护理措施^[1,25]。VAS 评分 1~3 分(轻度疼痛),采取局部冷敷(10~15℃),持续 15 min,每 2 小时 1 次;或采用对乙酰氨基酚口服,成人 500~1 000 mg/次,每日不超过 4 g^[18]。VAS 评分 4~6 分(中度疼痛),采用冷热敷交替+关节支具(弹性护腕、护踝)辅助缓解疼痛,或口服曲马多(50~100 mg/次,每天 2 次,儿童用量需根据年龄、体质量调整,遵医嘱)。VAS 评分 7~10 分(重度疼痛),采用超声波治疗,或使用吗啡类镇痛药(口服或注射给药,具体用量严格遵医嘱)。护理注意事项:①急性期卧床休息,疼痛减轻后可下床活动,活动量根据患者耐受度决定。首次下床时,注意防跌倒;疼痛部位避免受压,并处于功能位。卧床期间的床上康复训练可采用等长肌力训练^[18-19],即关节保持功能位固定不动,维持肌肉收缩 5~10 s 再到放松;小关节运动,即指(趾)的屈伸与压背运动,屈曲运动顺序为:远端指(趾)关节 \rightarrow 近端指(趾)关节 \rightarrow 掌指(趾)关节,伸展运动顺序倒转。2 项运动均在可肢体耐受的情况下尽量充分完成,每次坚持运动 5~10 min,每

日 2 次;②急性期患者保持关节功能位,避免负重和剧烈运动(如爬山、爬梯、跑步、骑行等),以防止关节受损进一步加重^[2];③使用对乙酰氨基酚药物镇痛时,应坚持最低剂量和最短疗程的原则^[1,10,12,16-17,21];④急性期后关节痛持续者可使用局部外用贴剂,也可考虑红外线等物理治疗^[19]。护理过程中需关注 VAS 评分变化、关节活动度及日常生活能力的改善情况,及时评价护理效果,动态调整干预措施。

3.1.3 皮疹护理

3.1.3.1 皮疹的监测与评估 多数患者通常在发热后 2~5 d 出现皮疹,部分伴有瘙痒;常分布在躯干(85%)、四肢(72%)、面部(43%),多从躯干向四肢蔓延,数天后消退,可伴轻微脱屑^[1,10,26];皮疹形态一般为红色斑丘疹、麻疹样疹或紫癜,疹间皮肤多正常,呈斑片状或弥漫性分布。儿童感染后可出现水疱或大疱性皮炎^[18,21];新生儿感染后表现为风疹样、玫瑰疹样或点状出血性皮疹且常见色素沉着,以鼻尖位置为特征性体现^[16]。轻度皮疹为皮疹面积 $<10\%$ 体表面积,无瘙痒或轻度瘙痒;中度皮疹为 10%~30%体表面积,明显瘙痒影响睡眠;重度皮疹为 $>30\%$ 体表面积,伴皮肤脱屑或继发感染^[26]。

3.1.3.2 护理干预措施 每日清水清洁皮肤,穿长衣长裤,尽量避免搔抓,可予抗组胺药物口服或炉甘石洗剂外用(仅用于完整性皮肤)^[1,18,26],破损皮肤可使用无菌敷料覆盖,合并感染者局部应用莫匹罗星软膏^[26]。护理过程中注意关注患者瘙痒症状的缓解、皮疹消退时间、皮肤完整性的恢复等。

3.2 需加强心理护理以改善患者心理状态 患者及家属对基孔肯雅热普遍缺乏认知,容易产生恐慌、焦虑情绪。医护人员应做好疾病知识教育,予以心理支持,以改善患者心理状态^[17]。必要时可使用医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)^[27]评估患者心理状况,针对患者心理状态实施认知行为疗法(每周 1 次)、正念减压训练(每日 20 min)^[20]、音乐疗法,或开展叙事护理实践活动^[28],以改善患者心理状态。

3.3 需加强特殊人群护理

3.3.1 孕产期妇女的护理 因病毒可通过胎盘屏障增加胎儿宫内窘迫、早产等风险,除常规生命体征监测外,应加强胎心监护(孕晚期每日 1 次,每次 20~30 min);避免使用阿司匹林等非甾体抗炎药,防止胎儿动脉导管早闭;鼓励少量多次饮水,饮食以高蛋白、高维生素为主;血小板 $<30\times 10^9/L$ 时备血小板,同时指导使用软毛牙刷减少口腔黏膜损伤,避免剧烈活动^[1,9]。

3.3.2 儿童及婴幼儿的护理 儿童感染后发热峰值高于成人,发热体温可 $>40^\circ\text{C}$ ^[21],关节痛常以膝关节、踝关节为主。因儿童表达能力有限,在感染后常表现为哭闹、拒绝肢体活动。护理干预措施重点在以下几个方面:①婴幼儿体温超过 38.5℃时,可优先采用温

水擦浴(37~40℃),禁用乙醇擦浴;药物降温选择对乙酰氨基酚,每次10~15 mg/kg,每4~6小时给药1次,每日不超过60 mg/kg^[18,29];②儿童及婴幼儿缺乏对疼痛的准确表达,2~7岁儿童采用FLACC(Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)量表^[30],3岁以上可联合Wong-Baker面部表情疼痛量表^[13,31]评估疼痛程度,轻度疼痛(FLACC评分1~3分)可通过玩具分散注意力,中度以上疼痛(评分≥4分)可遵医嘱使用镇痛药物;③患儿哭闹时需密切观察口唇有无发绀、四肢皮肤温度变化、密切监测神经系统症状(抽搐、前囟隆起)及脱水表现(如前囟凹陷、尿量减少)^[21];④做好并发症预警的观察,出现惊厥时,首选药物苯巴比妥钠^[16,21],同时注意保持呼吸道通畅(头偏向一侧,清理口鼻分泌物);⑤对于分娩期确诊或高度疑似蚊媒病毒感染的孕产妇所生新生儿,出生后应监测体温、精神状态以及喂养情况1周以上^[16];⑥对于母乳喂养的婴儿可适当增加喂养频率,对于拒奶拒食者可根据情况给予口服补液盐^[13];喂养困难时应评估吞咽反射,可予以管饲、肠外营养方式保证热量及营养的摄入^[10]。尽管出血性并发症总体发生率低,但婴幼儿及儿童为高危人群,需警惕^[18,21]。每日检查皮肤(四肢、躯干)有无新发瘀点、瘀斑;观察口腔、鼻腔、牙龈等黏膜有无活动性出血;警惕休克前兆及隐性出血,如黑便、血尿等^[18,21],一旦发现出血迹象或血小板进行性下降,应立即采取措施,并根据病情严重程度及医嘱做好输血准备。

3.3.3 老年人护理 老年患者感染后热程较长(平均7~9 d),关节痛持续时间较长,常并存基础疾病(如高血压、糖尿病、冠心病等),易出现病情加重,护理中应重点关注:①在疾病急性期需注意跌倒预防,使用Morse跌倒风险评估量表,做好风险识别并落实分级护理措施,跌倒风险评分≥45分者建议专人24 h陪护^[32],协助下床时遵循“起床三部曲”,行走时使用助行器;②对认知功能减退患者,采用“提问+观察”结合的方式评估症状(如通过观察面部表情判断疼痛,查看皮肤有无瘀斑判断出血);③并存基础疾病的高龄患者应高度警惕重症倾向,如出现呼吸困难、血压下降,及时收治到监护室^[17-18,33]。④需密切监测重症预警指标,包括神志、生命体征、尿量、血小板计数、电解质、肝功能、出凝血功能等,一旦发现异常,应及时配合处置。对于患有基础疾病的患者,应重视原发病的积极治疗,以降低并发症发生风险^[1]。患者若出现生命体征或实验室指标异常,需立即报告医生并协同处置,防止病情进展与恶化。

4 小结

本研究通过对基孔肯雅热急性期护理进行证据汇总,最终形成发热护理、关节痛护理、皮疹护理、心理护理、特殊人群护理共5个主题的23条最佳证据,

为临床规范化、个体化的护理实践提供了直接、可靠的依据。本研究存在以下局限性:①儿童研究证据不足,尤其缺乏婴幼儿用药安全性数据及标准化疼痛评估工具;②干预措施标准化不足,如物理降温参数、冷热敷的交替周期等仍需进一步确证;③现有证据多聚焦于患者躯体症状的缓解,对急性期患者心理问题的研究不足。后续研究应着力于制订融合中医特色的本土化护理实践指南、完善儿童护理证据、加强心理护理的研究,从而持续优化临床护理实践。

参考文献:

[1] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药局综合司. 基孔肯雅热诊疗方案(2025年版)[S/OL]. (2025-07-31)[2025-08-25]. <https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202507/c592a4f82dd7405e9be5302e4147c0c7.shtml>.

[2] WHO. Guidelines for clinical management of Arboviral diseases: Dengue, Chikungunya, Zika and yellow fever [S/OL]. [2025-08-25]. Geneva: World Health Organization, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK616307/>

[3] National Center for Vector Borne Diseases Control. National Guidelines for Clinical Management of Chikungunya Fever[S/OL]. [2025-08-25]. <https://ncvdbc.mohfw.gov.in/Doc/National%20Guidelines%20for%20Clinical%20Management%20of%20Chikungunya%20Fever%202023.pdf>.

[4] 左红霞. 临床护理问题的构建模型/工具[J]. 护理学杂志,2015,30(20):18-22.

[5] Brouwers M C, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE reporting checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines[J]. BMJ,2016,352:i1152.

[6] The Joanna Briggs Institute. Checklist for systematic Reviews and research syntheses [EB/OL]. [2024-12-25]. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.

[7] Barker T H, Habibi N, Aromataris E, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies [J]. JBI Evid Synth, 2024,22(3):378-388.

[8] The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [EB/OL]. [2024-12-25]. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.

[9] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药局综合司. 登革热诊疗方案(2024年版)[S/OL]. (2024-07-19)[2025-08-25]. https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202407/430f72d43b4c4d70b12f0edbbf9eaf94/files/1734003043355_49532.pdf.

[10] 国家疾病预防控制中心. 基孔肯雅热防控技术指南(2025年版)[S/OL]. (2025-07-30)[2025-08-25]. https://www.chinacdc.cn/jkyc/crb2/qt/jkkyr/jswj_jkkyr/202507/U020250730498723615270.pdf.

[11] Rama K, de Roo A M, Louwsma T, et al. Clinical outcomes of Chikungunya: a systematic literature review and meta-analysis[J]. PLoS Negl Trop Dis, 2024, 18(6): e0012254.

[8] 崔占香,田静,张三妮,等.急诊相关工作场所暴力风险评估的研究进展[J].全科护理,2023,21(21):2945-2948.

[9] Epstein S. Handbook of Psychology[M]. 2nd ed. New York: American Cancer Society, 2012:93-118.

[10] Rimal R N, Bose K, Brown J, et al. Extending the purview of the risk perception attitude framework: findings from HIV/AIDS prevention research in Malawi [J]. Health Commun, 2009, 24(3): 210-218.

[11] Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study[J]. Nurs Health Sci, 2013, 15(3):398-405.

[12] Farotimi A A, Ajao E O, Nwozichi C U, et al. Effect of training on knowledge, perception and risk reduction regarding infection control among nurses in selected teaching hospitals in Nigeria[J]. Iran J Nurs Midwifery Res, 2018, 23(6):471-477.

[13] Geoffrion S, Hills D J, Ross H M, et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 9(9):CD011860.

[14] 陈赵云. 基于结构方程模型的护理人员风险感知影响因素及风险应对行为的研究[D]. 西安: 中国人民解放军空军军医大学, 2017.

[15] Thompson S L, Zurmehly J, Bauldoff G, et al. De-escalation training as part of a workplace violence prevention program[J]. J Nurs Adm, 2022, 52(4):222-227.

[16] 李晓芳,唐静,时敏秀,等.军队三甲综合医院护士职业风险感知现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2014,29(13):7-9.

[17] 肖春叶,付光蕾,王冰瑶.数字健康技术对临床护士负面情绪和离职意愿干预效果的 Meta 分析[J].护理学杂志,2024,39(11):14-19.

[18] Liu Y, Teng W, Chen C, et al. Correlation of safety behavior, handover quality, and risk perception: a cross-sectional study among Chinese psychiatric nurses [J]. Front Psychiatry, 2022, 13:1043553.

[19] 刘芮寒,陈德凤,陈文英,等.护理职业风险对护士心理弹性的影响研究[J].职业卫生与应急救援,2020,38(2):146-151.

(本文编辑 李春华)

(上接第 46 页)

[12] Webb E, Michelen M, Rigby I, et al. An evaluation of global Chikungunya clinical management guidelines: a systematic review [J]. EClinicalMedicine, 2022, 54: 101672.

[13] 王琪,苏绍玉,刘腊梅,等.儿童发热管理临床实践指南解读和内容分析[J].护理学杂志,2021,36(14):28-31.

[14] 唐彬,罗平,汪子君.云南基孔肯雅热中医诊疗专家共识[J].中国中医急症,2020,29(4):575-578,588.

[15] 王蜀强,宗志勇,邓存良,等.四川省中西医结合防治基孔肯雅热专家共识(2025年版)[J].实用医院临床杂志,2025,22(5):52-59.

[16] 蔡岳鞠,梁振宇,史源,等.新生儿登革病毒、基孔肯雅病毒和寨卡病毒感染诊疗与防控专家共识(2025年)[J].中国当代儿科杂志,2025,27(10):1155-1166.

[17] 何玲,刘艳,于芳,等.基孔肯雅热医疗机构感染预防与控制专家共识(2025年版)[J].中华医院感染学杂志,2025,35(22):3361-3369.

[18] 陈广,巩维进,马科,等.重症基孔肯雅热诊治专家共识[J].内科急危重症杂志,2025,31(5):385-394.

[19] 邱春媚,李小兰,冯小京.分期运动训练联合健康指导对类风湿关节炎患者关节疼痛和功能恢复的影响[J].护理实践与研究,2016,13(10):145-147.

[20] 韦利红,梁宝玲,何春伊,等.基于知信行的护理模式对登革热住院患者的心理和生活质量的干预效果[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(2):124-126.

[21] 龙晓茹,秦涛,许红梅,等.儿童基孔肯雅热的临床表现及诊治进展[J].儿科药学杂志,2025,31(10):62-66.

[22] 李葆华,赵志新.传染病护理学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2022:119-122.

[23] 方淡思,许丽.不同频率清天河水手法治疗小儿外感发

热临床观察[J].中医儿科杂志,2022,18(4):83-86.

[24] Vairo F, Haider N, Kock R, et al. Chikungunya: epidemiology, pathogenesis, clinical features, management, and prevention[J]. Infect Dis Clin North Am, 2019, 33(4):1003-1025.

[25] 康利琦,张茹玉,王滕.康复护理干预在类风湿关节炎护理中的效果分析[J].贵州医药,2025,49(6):987-989.

[26] 李晓辉,翁智胜.88例登革热患者皮疹特点分析[J].中华皮肤科杂志,2015,48(9):648-650.

[27] 王彬彬,赵志玲,朱迪. HADS 量表在住院患者心理评估中的研究进展及应用[J].心理月刊,2024,19(10):218-220.

[28] 施盛莹,张广清,许梅,等.叙事医学系列活动在三级甲等综合医院的实践与效果[J].护理学报,2025,32(6):73-78.

[29] Sullivan J E, Farrar H C. Section on clinical pharmacology and therapeutics; committee on drugs. Fever and antipyretic use in children[J]. Pediatrics, 2011, 127(3):580-587.

[30] 王娟,丁敏,刘小琴,等. FLACC 量表用于学龄前儿童术后疼痛评估的信效度评价[J].江苏医药,2015,41(11):1298-1300.

[31] 龚宗容,舒敏,万朝敏,等. Wong-Baker 面部表情疼痛量表对 0 至 5 岁急性发热儿童舒适度评估的效果[J].中国循证儿科杂志,2015,10(6):401-404.

[32] 李晓琴,杨淑荣,殷妹.基于 MORSE 跌倒评估量表评估结果的分级护理干预在老年患者安全管理中的应用效果分析[J].中国社区医师,2023,39(31):150-152.

[33] 郑丹文,吴炎华,刘云涛.老年登革热患者临床特征[J].中国老年学杂志,2018,38(24):6004-6006.

(本文编辑 李春华)