

9例重症手足口病患儿的早期识别及护理干预

翁秀凤, 颜兰娣

(江苏省扬州市第三人民医院 护理部, 江苏 扬州, 225125)

关键词: 手足口病; 重症; 识别; 护理

中图分类号: R 473.72 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)22-193-02 DOI: 10.7619/jcmp.201322089

手足口病(HFMD)是由多种肠道病毒引起的急性传染性疾病。重症病例病情变化迅速,从发病到进展为严重的并发症通常仅有几小时,严重威胁到患儿的生命^[1]。因此,强化医护人员的意识管理,加强重症手足口病的病情观察,早期识别重症患儿、早期治疗和早期护理干预尤为重要。2010年6月—2012年3月本院收治9例重症手足口病患儿,经有效的护理干预后患儿均治愈出院,现报道如下。

1 临床资料

本组共有重症手足口病患儿9例,病例诊断符合《诸福棠实用儿科学》第7版^[2]诊断标准,其中男7例,女2例,年龄9个月~6岁,其中并发脑炎及脑膜炎4例、心肌炎3例、肺水肿2例。9例重症手足口病患儿均有并发症,通过严密观察病情和早期识别重症患儿、早期治疗、早期护理干预,皆未发生任何护理并发症,无死亡病例,均康复出院。出院随访,未发现后遗症。

2 护理干预

2.1 高热的护理干预

患儿发热时间越长且体温居高不下,则出现中枢神经系统并发症的可能性越大^[1]。高热可增加脑组织代谢及加重脑缺氧,使脑组织损害进一步加重。本组患儿均有发热,为不规则热型,最高达41.1℃。对此,应采取有效措施降低患儿体温,减轻对脑组织的损害:给予物理降温,可用冰袋冷敷、温水擦浴,避免用酒精擦浴;能进食的患儿多饮温开水;2h测体温1次,观察热型及伴随症状;遵医嘱给予布洛芬混悬液口服,4~6h可重复使用。对于物理及药物降温后体温仍然居高不下者,给予冰毯降温,冰毯降温速度不宜过快,以每小时1.0~1.5℃为宜,3~4h达到治疗温

度,控制肛温36℃左右^[3]。将每次测量的体温和采取的措施记录在危重症护理记录单上,以便随时观察体温变化和降温效果。做好口腔护理,进食前后用生理盐水清洗口腔;发生口腔溃疡患儿,局部使用西瓜霜,每天2~3次,促进溃疡愈合。给予清淡、质软、温凉的流质或半流质饮食,做到少食多餐,切忌暴饮暴食,以免加重心脏负担^[4]。对进食少或不能经口进食者,给予静脉补充。做好患儿的皮肤护理,保持皮肤清洁。剪短患儿指甲,加强看护,防止抓破皮疹,皮肤疮浆的渗出,会引起病毒的传播^[5]。

2.2 脑炎、脑膜炎的护理干预

神经系统受累是手足口病病情恶化的早期表现,对预示病情发展及早期病情判断尤为重要^[6]。4例合并脑炎、脑膜炎的患儿临床表现为头痛、呕吐、易惊伴肢体抖动,脑电图轻度或中度异常。脑电图检查非手足口病合并脑炎的特异性诊断指标依据,因此护理人员密切观察患儿的神志改变、瞳孔大小、生命体征变化、前囟门张力、颈抵抗程度、肢体活动状况等是早期识别及护理的关键。做好对症护理及用药护理:颅内压增高患儿,抬高头部15~30°,有利于颅内血液回流。频繁呕吐患儿,及时清除口腔异物,保持呼吸道通畅,观察记录呕吐次数和呕吐物的颜色、量、性状。使用20%甘露醇0.5~1.0g/kg于25~30min内静脉滴入,每4~8h进行1次,防止液体外渗。重塑免疫平衡,调节机体免疫力,可改善手足口病的疗效、减轻神经系统的损伤。给予静脉注射甲泼尼龙每日2~6mg/kg,400~1000mg/(kg·d)丙种球蛋白冲击治疗,以抑制炎症介质释放和增加机体免疫功能,加强机体抗菌抗病毒能力,从而减轻脑水肿、降低颅内压。输入丙种球蛋白前后用生理盐水冲管,避免与其他药物混合,加强观察,防止发生不良反应。惊厥的患儿,采取平卧

位,头偏向一侧;松开衣领,保持呼吸道通畅,吸氧;防止舌咬伤;镇静,采用10%水合氯醛1 mL/kg灌肠,苯巴比妥10 mg/kg肌内注射。

2.3 心肌炎的护理干预

手足口病患儿可并发暴发性心肌炎,无任何先兆和体征,来势凶猛,可出现心源性休克^[7]。连续心电监护,及早识别心律失常,可为早期干预提供准确有效的依据,防止疾病恶化。本组3例患儿均有不同程度的ST段上移或下移,T波低平,心肌酶谱异常,2例心动过速。观察患儿有无精神萎靡、面色苍白、烦躁不安、乏力、哭闹明显等现象,体温的增高与心率是否成比例,注意心音改变及心电图变化、血氧饱和度,定期查心肌酶谱。发现异常变化及时汇报医生,立即给予处理。正确执行医嘱,使用镇静剂、利尿、强心药物。准确配置药物浓度,使用微量注射泵,根据患儿年龄、体重、病情严格控制给药速度和剂量,以免加重心脏负担。每2 h监测心率、心律、血压的变化,观察用药效果并做好记录,根据心率的变化及时调整剂量。因患儿需要接受较长时间的静脉给药,可采用静脉留置针技术,避免反复穿刺造成患儿痛苦及抵触情绪,保证了患儿的休息。

2.4 肺水肿或肺出血的护理干预

手足口病合并肺水肿或肺出血是导致患儿死亡的重要原因之一。严密监测患儿意识状态,反应能力,呼吸频率、节律、深浅,皮肤黏膜颜色,毛细血管再充盈时间。注意观察咳嗽、咳痰及痰液的性状与颜色、肺部呼吸音、湿罗音变化。发现异常变化及时汇报医生,采取紧急处理。本组2例

患儿精神萎靡、反应迟钝,静脉穿刺无哭闹,拒绝饮水或奶,面色苍白,呼吸急促,口唇发绀,四肢末梢偏冷,心率快达140~160次/min,两肺满布湿罗音,两肺胸片提示斑片状影,检查氧饱和度<85%,血糖8.0~8.6 mmol/L,考虑为肺水肿,果断采取措施,以避免病情进一步加重。解开患儿衣领,保持患儿呼吸道通畅,给予持续心肺监测、缠绕式血氧饱和度探头,松紧适宜,避免伪差,经常更换探头测量部位,避免局部皮肤受压损伤;给予面罩氧气吸入,仍不能维持正常氧饱和度,进一步给予气管插管、呼吸机辅助呼吸,根据血气分析报告随时调整呼吸机参数;严格执行人工气道护理常规,遵医嘱使用抗生素,预防控制感染。本组2例患儿经积极治疗,2 d后患儿自主呼吸20~30次/min,心率110次/min左右,氧饱和度96%,两肺呼吸音清,胸片示肺纹理增粗,予以撤机。

参考文献

- [1] 石小华,胡静,喻文亮,等. 648例手足口病回顾性分析[J]. 南京医科大学学报, 2010, 30(1): 87.
- [2] 胡亚美,江载芳,诸福棠. 实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 804.
- [3] 陈韶雯. 电冰毯应用于中枢性高热的护理体会[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(4A): 661.
- [4] 徐传娟,孙艳梅. 手足口病并发脑炎10例的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 2(9): 1184.
- [5] 欧翠萍,梁宝娣,陈丽容,等. 45例小儿手足口病的护理[J]. 吉林医学, 2009, 16: 1766.
- [6] 方玉红,崔晓明. 手足口病并发脑炎和脑膜脑炎12例临床分析[J]. 中国全科医学, 2009, 12(3B): 501.
- [7] 李兰娟主编. 手足口病[M]. 杭州:浙江科学技术出版社, 2008: 93.

(上接第192面)

炎、穿刺部位感染、其他如敷贴下皮肤受损、机械性静脉炎等,主要表现为皮肤潮红、浸润、有渗液,并有密集小水疱、丘疹等,伴瘙痒感^[1-2]。静脉炎是使用留置针最常发生的一种并发症,静脉留置针留置72~96 h静脉炎发生率高达81.82%,没有静脉炎出现的仅为少数^[3]。临床上影响静脉留置针留置时间的主要因素是静脉炎的发生,留置针的良好固定是保证留置时间的关键。

导管固定器(翼)含有甲壳素,甲壳素是近年来应用广泛的生物材料。甲壳素C-2位上的氨基正离子与细菌表面负电荷分子基团作用,可同时激活巨噬细胞抗感染。甲壳素是带正电荷的物质,会与带负电荷的血红蛋白结合止血。甲壳素中的β-葡萄糖能保湿止痛,减少疤痕^[4]。用甲壳素制备的医用敷贴部位无渗血渗液,无静脉渗

透性损伤,无穿刺部位感染,无静脉炎。导管固定器(翼)里的敷贴有10 mm×10 mm的固定留置针穿刺部位的棉芯,可通过覆盖压迫穿刺部位,减少渗血渗液,降低静脉炎的发生率,预防静脉损伤,保护血管,减轻患儿重复穿刺痛苦,减少后继穿刺的难度,从而提高患儿家长对护理工作的满意度。

参考文献

- [1] 吴建萍,顾樱枝,徐晓红. 小儿头部静脉留置针压疮的护理干预效果观察[J]. 河北医药, 2011, 33(24): 3828.
- [2] 倪海燕. 引起静脉留置针相关性静脉炎的危险因素及护理对策[J]. 中国医药指南, 2013(7): 667.
- [3] 李珊. 静脉留置针的并发症护理[J]. 中国医药指南, 2013(8): 338.
- [4] 张秀霞,陈云. 留置针贴膜临床应用进展[J]. 护理学报, 2012, 19(2A): 1413.