

32 例重症手足口病患儿的病情观察及护理

骆白云¹, 陈涌珍²

(1河源市妇幼保健院, 广东河源, 517000; 2中山大学附属第一医院, 广东广州, 510080)

[摘要] 目的 探讨重症手足口病患儿的病情观察及护理经验。方法 回顾性分析 32 例重症手足口病患儿护理体会。结果 32 例患儿均治愈, 平均住院时间 (8.2 ± 1.6) d。结论 做好严密病情观察、预防感染、皮肤和口腔的护理对改善疾病的预后, 提高儿童重症手足口病治疗效果具有重要意义。

[关键词] 儿童; 重症手足口病; 护理

[中图分类号] R473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)06-0053-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.06.15

Clinical observation and nursing of thirty-two children with severe hand-foot-mouth disease

Luo Baiyun, Chen Yongzhen //Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (06):53.

[Abstract] **Objective** To explore the clinical characteristics of severe hand-foot-mouth disease in children and summarize nursing experience. **Method** The clinical data of 32 children with severe hand-foot-mouth disease were reviewed and analyzed retrospectively. **Results** After standard diagnosis and treatment, all cases were cured. The average stay in hospital was (8.2 ± 1.6) d. **Conclusion** The close observation, prevention of infection, skin and oral nursing are of importance for promoting curative effectiveness and prognosis.

[Key words] children; severe hand-foot-mouth disease; nursing

手足口病是由肠道病毒引起的儿童常见急性传染病。重症病例多由肠道病毒 71 型 (Enterovirus 71, EV71) 感染引起, 病情凶险, 病死率高^[1-2]。2009 年 3 月 ~ 2013 年 9 月河源市妇幼保健院共收治 32 例重症手足口病患儿, 经精心治疗和护理, 患儿均治愈, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2009 年 3 月 ~ 2013 年 9 月在河源市妇幼保健院收治的 32 例重症手足口病患儿, 患儿均符合 EV71 感染的诊断标准^[3]。其中男 20 例, 女 12 例; 年龄: 10 ~ 74 个月, 平均 (35.3 ± 17.4) 个月; 临床表现: 体温 $> 38^{\circ}\text{C}$ 31 例, 热程 2 ~ 5 d, 热型不规则, 体温不升 1 例; 心率: 88 ~ 183 次/min, 平均 (140.0 ± 35.0) 次/min; 收缩压: 93 ~ 135 mm Hg, 平均 (107.0 ± 18.0) mm Hg; 舒张压: 42 ~ 73 mm Hg, 平均 (68.0 ± 16.0) mm Hg; 皮疹分布: 手足皮疹 32 例, 臀部、肛周皮疹 24 例, 口腔黏膜疱疹或溃疡 18 例, 疱疹性咽峡炎 2 例; 神经系统表现: 精神萎靡

25 例, 嗜睡 12 例, 易惊 16 例, 头痛、呕吐 9 例, 肢体抖动 12 例, 肢体无力 3 例, 颈项强直 14 例; 呼吸系统表现: 咳嗽 6 例, 呼吸急促 8 例, 呼吸节律改变 1 例, 咳粉红色泡沫痰或血性液体 3 例, 口唇发绀 5 例, 末梢循环不良或毛细血管再充盈时间延长 5 例; 实验室检查: WBC $> 15 \times 10^9/\text{L}$ 32 例, 血糖 $> 8.3 \text{ mmol/L}$ 17 例。

1.2 治疗方法

①发热、呕吐、腹泻主要治疗方法: 体温 $\leq 38.5^{\circ}\text{C}$, 予物理降温为主, 如温水浴, 降温贴等。体温 $> 38.5^{\circ}\text{C}$, 用布洛芬 5 ~ 10 mg/(kg·次) 或对乙酰氨基酚 10 ~ 15 mg/(kg·次), 每 4 ~ 6 h 口服。对于呕吐及腹泻患儿, 主要予补充水分及电解质, 并密切复查电解质情况。②降低颅内压治疗: 用甘露醇 0.5 ~ 1.0 g/(kg·次), 每 4 ~ 8 h 静脉滴注, 20 ~ 30 min 滴完。③激素治疗: 甲泼尼龙 1 ~ 2 mg/(kg·次), 每 12 h 静脉注射 1 次, 疗程不超过 5 d。④增加抵抗力: 静脉注射免疫球蛋白, 1.0 g/kg, 1 次/d, 连用 2 d。

2 结果

32 例患儿住院时间 6 ~ 10 d, 平均 (8.2 ± 1.6) d, 均治愈。

[收稿日期] 2013-12-21

[作者简介] 骆白云 (1979-), 女, 广东河源人, 主管护师, 本科, 主要从事临床护理工作。

3 讨论

3.1 有效的护理措施对防止重症手足口病发展具有重要意义

手足口病是一种由肠道病毒引起的急性传染性疾病,传染性强,传播途径复杂,在短期内即可造成大流行。由 EV71 感染引起的重症手足口病可并发脑炎、神经源性肺水肿,病情凶险,病死率高^[4]。根据发病机制和临床表现,手足口病分为 5 期:①手足口出疹期,主要表现为发热,手、足、口、臀等部位出疹(斑丘疹、丘疹、小疱疹),可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状;②神经级系统受累期,主要为中枢神经系统损害,表现为精神差、嗜睡、易惊、头痛、呕吐、烦躁、肢体抖动、急性肢体无力、颈项强直等脑膜炎、脑炎、脊髓灰质炎样综合征、脑脊髓炎症状体征;③心肺功能衰竭前期,临床主要表现为心率、呼吸增快,出冷汗、皮肤花纹、四肢发凉,血压升高,血糖升高,WBC 计数升高,心脏射血分数异常;④心肺功能衰竭期,临床表现为心动过速(个别患儿心动过缓),呼吸急促,口唇紫绀,咳粉红色泡沫痰或血性液体,持续血压降低或休克;⑤恢复期,体温逐渐恢复正常,对血管活性药物的依赖逐渐减少,神经系统受累症状和心肺功能逐渐恢复,少数可遗留神经系统后遗症^[3]。重症手足口病早期识别主要根据该病的临床分期和表现,从患儿的神经系统、生命体征、循环系统、敏感性指标等方面进行严密病情观察和评估,及早发现病情危重先兆。重症手足口病各阶段并无明显界线,如未及时进行有效干预,部分患儿可快速进入心肺功能衰竭期。因此做好病情观察,及时采取有效的护理措施是早期发现疾病异常、防止疾病发展具有重要意义。

3.2 护理

3.2.1 病情观察和护理

3.2.1.1 生命体征监测 高热是手足口病进展为重症的危险因素之一,心率快、血压高是最常见的临床表现^[5]。①高热可引起组织代谢增加,可加重脑组织的缺氧程度。本组患儿体温 $> 38^{\circ}\text{C}$ 31 例,体温不升 1 例。对于高温患儿主要通过综合降温方法进行降温,使用低温毛毯控温,冰帽头部

降温,输注低温液体,应用布洛芬每 6h 鼻饲 1 次,控制体温在 38.5°C 以下。体温不升患儿,采用温水袋保持体温,注意有无合并重症感染,予加强合并症的处理。本组患儿经处理体温均恢复正常。②密切观察患儿心率及血压情况,当心率及血压超过同年龄正常值两个标准差或 20% 时,需及时报告医生。本组患儿心率为 (140.0 ± 35.0) 次/min;收缩压为 (107.0 ± 18.0) mm Hg;舒张压为 (68.0 ± 16.0) mm Hg。我们的护理措施是:限制液体摄入,每天限制 60 ~ 80 ml/(kg·d),严密观察血压变化。对于低血压患儿,及时扩容,加用血管活性药物维持血压,并密切观察血压变化,根据血压变化随时调整补液方案和血管活性药物的泵速。我们发现当体温和血压得到控制后,患儿末梢灌注好转,患儿的心率、惊厥和精神状态也能有很大程度的改善。本组患儿经处理后血压和心率均恢复到正常。

3.2.1.2 神经系统情况的观察 危重症患儿均有神经系统受累,有颅内压增高表现,如呕吐、易惊、震颤、烦躁、萎靡、肌张力改变等,并伴有精神萎靡、烦躁、惊跳、呕吐及膝反射活跃或亢进等神经系统受累的早期症状和体征^[4-6]。本组患儿神经系统表现为:精神萎靡 25 例、嗜睡 12 例、易惊 16 例、头痛 9 例、呕吐 9 例,肢体抖动 12 例,肢体无力 3 例,颈项强直 14 例。精神萎靡、嗜睡和头痛的患儿,密切观察其精神症状和有无电解质紊乱、颅内高压情况,出现颅内压升高时,抬高患儿头部 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,以利颅内血液回流,遵医嘱采用降低颅内压药物,用甘露醇 0.5 ~ 1.0 g/(kg·次),每 4 ~ 8 h 静脉滴注,20 ~ 30 min 滴完,治疗过程中注意反复评价患儿意识及精神情况。将频繁呕吐患儿头偏向一侧,保持呼吸道的通畅,及时清除口腔内的分泌物,防止误吸;观察呕吐性质,记录呕吐次数,呕吐物的颜色及量。经处理本组患儿神经系统症状得到改善。

3.2.1.3 呼吸系统情况的观察 神经源性肺水肿多发生在病程第 5 天,临床表现为心动过速(个别患儿心动过缓),呼吸急促,口唇紫绀,咳粉红色泡沫痰或血性液体,持续血压降低或休克^[7]。本组患儿呼吸系统症状表现为:咳嗽 6 例、呼吸急促 8

例、呼吸节律改变 1 例、咳粉红色泡沫痰或血性液体 3 例、口唇发绀 5 例、末梢循环不良或毛细血管再充盈时间延长 5 例。本组患儿采用无创呼吸机辅助通气。主要护理措施:及时清除气道内分泌物,按需吸痰。有血性泡沫痰时一般不轻易脱开呼吸机管道吸痰。对于呼气末正压较高的患儿选用密闭式吸痰管,痰液粘稠时先向气道内注入适量生理盐水 (0.5 ~ 1.0 mL) 后再吸引;吸痰前适当增加吸入氧浓度防止缺氧。经处理本组患儿呼吸系统症状得到改善。

3.2.1.4 血糖监测 高血糖是重症手足口病并发神经源性肺水肿的极高危因素,其原因与脑干脑炎累及迷走神经和孤束核时,引起交感神经异常兴奋,肾上腺皮质激素大量分泌,刺激肝脏内糖原分解,造成血糖水平增高,以及神经源性肺水肿的应激状态有关,而血糖居高不下与患儿的预后不良相关^[8]。本组患儿血糖 > 8.3 mmol/L 17 例。当血糖高于 15.0 mmol/L 时,采用生理盐水 5mL+ 胰岛素 0.1U/(kg·次)缓慢静脉注射,同时密切监测血糖改变,经过治疗本组患儿血糖得到良好控制,未发现高血糖合并神经源性肺水肿的情况。

3.2.2 预防感染 本病主要通过粪一口、飞沫密切接触传播,因此需做好呼吸道及消化道隔离具有重要意义。我们的措施是:工作人员穿隔离衣,接触排泄物和分泌物时戴手套。将重症患儿与普通患儿分开安置,床边备消毒液。对患儿接触过的物品进行消毒。呕吐物及排泄物严密包裹后归入特殊医疗废物统一处理。氧疗物品和呼吸机管道行环氧乙烷消毒。凡是接触过患儿的医护人员及家长都要严格做好手卫生^[9-10]。本组患儿中有 16 例患儿出现感染,予阿奇霉素抗感染治疗后好转。

3.2.3 皮肤及口腔护理 本组手足皮疹 32 例,臀部、肛周皮疹 24 例,口腔黏膜疱疹或溃疡 18 例。对于皮疹患儿告知患儿及其家属手、足、臀部的皮疹勿用手抓挠,手足部可套消毒后的棉手套、棉袜予以保护,给予宽松、柔软的棉衣裤以减少对皮肤的刺激,防止摩擦引起皮疹破溃保持床单平整、清

洁;保持皮肤干洁,剪短患儿指(趾)甲,避免抓破皮肤;温水沐浴,禁用刺激性的沐浴液。。本组患儿有 2 例发生疱疹性咽峡炎,考虑疱疹性咽峡炎为自限性疾病,予加强口腔卫生,保持口腔清洁,淡盐水漱口,经治疗后均好转。

4 小结

通过对 32 例重症手足口病患儿的护理体会到,严密观察生命体征,做好神经系统、呼吸系统症状的观察和消毒隔离、感染预防和皮肤及口腔护理,对提高重症手足口病治疗效果具有重要的意义。

参考文献:

- [1] 吴亦栋,尚世强,陈志敏,等.手足口病病原体流行特征分析及临床意义[J].中华儿科杂志,2010,48(7):535-539.
- [2] Cho HK, Lee NY, Lee H. Enterovirus 71-associated hand, foot and mouth diseases with neuro-logic symptoms, a university hospital experience in Korea[J]. Korean J Pediatr, 2010, 53(5):639-643.
- [3] 卫生部手足口病临床专家组. 肠道病毒 71 型 (EV71) 感染重症病例临床救治专家共识[J]. 中华儿科杂志, 2011, 49(9):675-678.
- [4] Koroleva GA, Lukashev AN, Khudiakova LV. Encephalomyelitis caused by enterovirus type 71 in children[J]. Vopr Virusol, 2010, 55:4-10.
- [5] 赖海燕, 罗欢, 杨海斌. 81 例 EV71 感染重症手足 13 病临床特征与护理[J]. 现代临床护理, 2012, 11(8):36-37.
- [6] 高媛媛, 杨思达, 陶建平, 等. 累及神经系统手足口病患者临床特征及危重症危险因素分析[J]. 中国循证儿科杂志, 2010, 5(2):135-139.
- [7] 张育才, 李兴旺, 朱晓东, 等. 儿童危重肠道病毒 71 型脑炎及神经源性肺水肿的救治[J]. 中华急诊医学杂志, 2008, 17(12):1250-1254.
- [8] 马洁葵, 李绮慈. 重症手足口病患者并发神经源性肺水肿的高危因素分析及护理[J]. 护理学报, 2013, 20(4B):45-47.
- [9] 楼晓芳, 蒋敏, 马美芳等. 32 例重症手足口病患儿的护理[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(3):244-246.
- [10] 李英琴. 循证护理在手足口病合并脑炎护理中的应用[J]. 现代临床护理, 2011, 10(2):31-32.

[本文编辑:郑志惠]