

·全科护理·

手足口病伴发惊厥患儿的临床特征和护理干预

黄笑笑 王华萍 罗鹏燕

手足口病是肠道病毒引起的儿科常见传染病,临床表现为发热,以及手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹,重症患者可并发无菌性脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等^[1]。手足口病患儿病程中若出现惊厥、恶心呕吐等神经系统症状,提示病情凶险,易发展成重症手足口病^[2]。而惊厥是儿科常见的急症,小儿惊厥易出现长程惊厥和惊厥持续状态,可能导致惊厥性脑损伤。由于幼儿机体各项功能尚未发育完全,若不及时处理,会造成惊厥发生次数频繁,且持续时间长。大量的研究认为,合理的护理措施对救治手足口病伴发惊厥患儿具有重要的临床意义^[3]。杭州市儿童医院自2017年12月以来对手足口病伴发惊厥患儿进行了综合护理干预,并取得了不错的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年12月至2018年5月在杭州市儿童医院感染科住院的129例手足口病并发惊厥患儿作为观察组,其中男性81例、女性48例;年龄10月~5岁,平均 (2.62 ± 1.24) 岁。另外选取2017年6月至2017年11月我院收住的128例手足口病并发惊厥患儿作为对照组,其中男性78例、女性50例;年龄1~5岁,平均 (2.73 ± 1.42) 岁。两组患者的纳入标准:①符合卫生部制定的《手足口病诊疗指南(2010)版》^[4]以及《热性惊厥诊断治疗与管理专家共识(2016)》^[5]中的诊断标准;②住院过程中均有家长全程陪护。排除标准:①合并有脑损伤、遗传代谢性疾病的患儿;②合并有中枢神经系统的感染的患儿。两组患者的性别、年龄等一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 所有患儿根据具体病情给予吸氧、甘露

醇降颅压、10%水合氯醛止惊镇静等对症处理,予脑苷肌肽营养脑细胞,丙种球蛋白支持治疗。在此基础上,对照组患儿给予消毒隔离、饮食护理以及惊厥护理等常规护理措施。观察组在对照组基础上给予早期综合护理干预:

1.2.1 责任制护理 对手足口伴发惊厥患儿的护理采取层级责任制管理,对护士进行分组,设立组长1名,责任护士4名,每个责任护士分管患儿例数不超过10例,责任护士需对分管患儿进行治疗配合以及健康指导的工作。对护士要进行定期的业务培训以及考试,实行责任追究制。

1.2.2 多媒体教育 护士指导本组患儿家长扫描本科“317护”公共平台二维码关注公众号,由责任护士向患儿家长针对性地推送重症手足口病相关宣教知识,家长有疑问可以在平台上留言,护士及时给予解答。且责任护士做好把关,确保本组患儿家属已全部阅读相关内容,并能理解。

1.2.3 强化病情观察 生命体征是患儿病情的最基础体现,入院常规进行监测血糖、心电监护,严密观察患儿精神、神志、心率、呼吸、脉搏、血压等症状和生命体征的变化。当心率及血压超过同年龄正常值两个标准差或20%时,及时报告医生。血氧的监测注意选用合适的指套,并每2小时更换套头位置。另需特别注意体温:对于反复发热或者应用降温措施后降温不明显的患儿应严密监测。观察患儿肢体末梢循环的情况,如果四肢末端皮温较低,给予热水袋保温处理;如果患儿出现出汗,心率、呼吸增快,四肢末端较凉,皮肤发花等症状,提示患儿已经进入危重症期,应及时通知医生,必要时转重症监护室。及时纠正电解质紊乱,维持机体内环境稳定。另外,做好紧急预案,患儿的床头挂有警示牌,根据患儿的年龄及具体病情设定各项报警值,提醒每班护士重点加强观察。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.01.030

作者单位: 310014 浙江杭州, 杭州市儿童医院感染科

1.2.4 强化消毒隔离护理 做好消毒隔离工作,每个病房门口悬挂舒安美免洗医用消毒凝胶,方便家长照护患儿时使用。病房保持通风,定时开窗,每天定时对病房采用空气消毒器进行空气消毒1次,每次1小时。加强床边隔离,限制患儿及家属出入。指导患儿及其家属注意饮食、起居的卫生习惯,饭前便后洗手消毒,医护人员接触不同患儿前后用“舒安美免洗医用消毒凝胶”进行双手消毒。患儿的日常用品及玩具、餐具要进行彻底消毒,避免出现交叉感染。

1.2.5 皮肤、口腔护理 保持皮肤清洁、干燥,穿棉质宽松衣衫,避免化纤材质刺激皮肤,避免过紧,皮疹瘙痒时遵医嘱使用炉甘石洗剂外涂,剪短患儿指甲、防止患儿抓破继发感染,有感染迹象时可使用百多邦外涂。保持口腔清洁,勤漱口,必要时给予口腔护理。

1.2.6 心理护理 护士要注意安抚患儿和家属的情绪,及时向家长沟通患儿病情。在交流过程中要保持亲切耐心的态度,安慰、鼓励患儿及家属,解除恐惧心理,建立良好的医患关系。

1.2.7 呼吸道管理 当患儿有恶心、呕吐等症状,护理人员应将患儿的头偏向一侧,避免误吸。观察呕吐物的量、性质、次数并做好记录。呕吐物要及时进行消毒处理。

1.2.8 用药护理 尽量采用静脉留置针,输液过程中观察有无渗漏,注意保护血管,维护留置针,一旦发生外渗,及时拔出并重新留置。必要时建立中心静脉通路。如发生不良反应或过敏反应,立即停止输注,并给予相应对症处理。

1.3 观察指标 ①收集手足口病伴发热性惊厥患

儿的临床资料并进行比较;②观察两组患儿的退热时间、惊厥消失时间以及住院时间;③调查家长对护理的满意度,按照满意程度进行“满意”、“较满意”、“不满意”三个等级。

1.4 统计学方法 采用软件SPSS 20.0对数据进行处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例(%)表示,采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手足口病伴发惊厥患儿临床特征见表1

表1 手足口病伴发惊厥患儿临床特征

临床特征	<i>n</i>	构成比/%
性别		
男	159	61.87
女	98	38.13
热性惊厥史		
有	66	25.68
无	191	74.32
惊厥发生时间		
≤24 h	245	95.33
>24 h	12	4.67
惊厥持续时间		
≤3 min	208	80.93
3~5 min	49	19.07
病原检测		
肠道通用型	145	56.42
柯萨奇A组16	43	16.73
肠道病毒71	32	12.45
阴性	37	14.40

由表1可见,手足口病伴发惊厥患儿中,男性的发病率明显高于女性,且以无热性惊厥史、24 h内发生、持续时间3 min内发生为主,病原学以肠道通用型为主。

2.2 两组退热时间、惊厥消失时间以及住院时间比较见表2

表2 两组患儿的退热时间、惊厥消失时间以及住院时间比较

组别	<i>n</i>	退热时间/h	惊厥消失时间/h	住院时间/d
观察组	129	28.42 ± 6.27*	4.24 ± 1.82*	5.31 ± 1.32*
对照组	128	36.31 ± 7.13	5.66 ± 1.71	6.72 ± 1.47

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组患儿的退热时间、惊厥消失时间以及住院时间均明显短于对照组,差异有统计

学意义(t 分别=9.42、6.45、8.09, P 均 < 0.05)。

2.3 家长对护理满意度调查见表3

表3 家长对护理满意度比较/例(%)

组别	<i>n</i>	满意	较满意	不满意	满意度
观察组	129	71(55.04)	55(42.64)	3(2.33)	126(97.67)*
对照组	128	65(50.78)	46(35.94)	17(13.28)	111(86.72)

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,观察组家长对护理的满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=10.75$, $P<0.05$)。

3 讨论

手足口病是临床小儿常见的传染性疾病,部分患儿由于高热处理不及时可能会导致惊厥的发生,严重的还可能会导致无菌性脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等并发症,不及时治疗,病情进展迅速、病死率极高^[6]。本次研究的257例患儿中,男性发病率明显高于女性;且病原检测发现肠道病毒通用型145例(56.42%),柯萨奇病毒A组16型43例(16.73%),肠道病毒71(EV71)32例(12.45%),以肠道病毒通用型或非EV71等感染。大量的研究以及临床经验证实,除临床治疗外,护理人员早期积极给予护理干预及临床特征观察也是成功救治的重要因素。

本次研究对手足口病伴发惊厥患儿进行了早期的综合护理干预。结果发现,观察组患儿的退热时间、惊厥消失时间以及住院时间均明显短于对照组($P<0.05$)。说明早期综合的护理干预促进了患儿病情的恢复。除消毒隔离、饮食护理以及惊厥护理等常规护理外,本研究从责任制护理、多媒体教育、强化病情观察、强化消毒隔离护理、皮肤和口腔护理、心理护理、呼吸道管理以及用药护理多个方面进行了干预。常规病情观察缺乏针对性,责任制护理和强化病情观察可以使护士责任心增强,勤于巡视病房,密切观察患儿的病情变化,做到及时发现,尽早治疗,可防止惊厥再发作,通过在患儿的床头挂警示牌,可依据患儿的年龄及具体病情设定各项报警值,使病情的观察更有针对性^[7]。强化的消毒隔离护理较传统消毒隔离能更有效地预防交叉感染。患儿由于皮疹会出现瘙痒,及时的炉甘石洗剂外涂、剪短患儿指甲等可帮助患儿减轻瘙痒、减少抓挠和感染情况,提高患儿的舒适度^[8]。常规的护理通常会顾及患儿以及家长的心理,但患儿年龄较小,加之身体不适,可能会有恐惧心理,而家长由于对病情认知不足,更会出现恐惧、焦虑的心理,影响了病情恢复,而护士通过多媒体教育,并亲切、耐心的鼓励、病情的及时沟通可帮助患儿和家长减少不良心理情绪,从而促进病情恢复,帮助建立和谐

的医患关系;脑水肿是手足口病伴发惊厥患儿的一种严重并发症,在患儿出现恶心、呕吐时要及时进行处理,可有效减少脑水肿情况的发生^[9]。遵医嘱使用各种药物,进行用药护理可提高用药依从性,促进病情恢复。本次研究调查了家长对护理的满意度,结果发现,观察组患儿家长对护理的满意度达到97.67%,明显高于对照组($P<0.05$)。说明早期的综合护理干预提高了家长满意度,这对改善医患关系具有重要的意义。

综上所述,手足口病伴发惊厥的患儿病原学以肠道病毒通用型或非EV71感染为主;早期综合护理干预能促进患儿的病情恢复,提高家长对护理满意度。

参考文献

- 1 Chong JH, Aan MK. An atypical dermatologic presentation of a child with hand, foot and mouth disease caused by coxsackievirus A6[J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2014, 33(8): 889.
- 2 杨朝晖,秦承志,季金萍,等. 儿童手足口病1570例危险因素病例对照研究[J]. *中华传染病杂志*, 2014, 32(3): 154-157.
- 3 中华人民共和国卫生部. 手足口病感染诊疗指南[M]. 北京: 中华人民共和国卫生部, 2010: 154.
- 4 中华医学会儿科学分会神经学组. 热性惊厥诊断治疗与管理专家共识(2016)[S]. *中华儿科杂志*, 2016, 54(10): 723-727.
- 5 徐徐. 循证护理在小儿手足口病合并脑炎护理中的应用[J]. *山西医药杂志*, 2017, 46(15): 1904-1906.
- 6 朱伟金,梁会营,叶家卫,等. 手足口病伴发惊厥患儿临床特征及相关因素[J]. *中华传染病杂志*, 2016, 34(9): 565-567.
- 7 符佳,张玉凤,邓慧玲,等. 重症手足口病100例临床特点及救治措施分析[J]. *中国妇幼保健研究*, 2016, 27(5): 605-608.
- 8 郭丽红. 个性化护理配合健康教育在小儿手足口病感染防控护理中的应用[J]. *昆明医科大学学报*, 2016, 37(2): 144-146.
- 9 伍中华. 舒适护理模式配合健康教育在小儿手足口病感染防控护理中的应用研究[J]. *实用临床医药杂志*, 2016, 20(20): 214-215.

(收稿日期 2018-09-11)

(本文编辑 蔡华波)