

## 小儿手足口病重症征象的早期识别及护理

邢彩英,徐 兵,蔡 娟,杨丽君,李 莉,张翠英

**[摘要]**目的:探讨小儿手足口病重症征象的早期识别方法及护理措施。方法:对 31 例有早期重症征象的手足口病患儿除实施消毒隔离及皮肤、口腔等常规护理外,重点加强对神经、呼吸、循环等系统的观察,早期识别重症征象,积极配合治疗,加强护理。结果:25 例治愈出院,6 例好转出院。结论:早期识别小儿手足口病重症征象,加强监测,积极采取相应的治疗及护理措施是提高救治成功率的关键。

**[关键词]** 手足口病;重症征象;护理

**[中国图书资料分类法分类号]** R 725.125 **[文献标识码]** A

### Early identification and nursing of children with severe signs of hand-foot-and-mouth disease

XING Cai-ying, XU Bing, CAI Juan, YANG Li-jun, LI Li, ZHANG Cui-ying

(Department of Pediatrics, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

**[Abstract]** **Objective:** To explore the ways of identifying early signs of severe hand-foot-and-mouth disease (HFMD) in children and the nursing measures. **Methods:** The nervous, respiratory and circulation system of 32 children with severe HFMD disease were observed in addition to the routine disinfection, isolation, care of skin and oral cavity. All the cases were performed active treatment and intensive nursing. **Results:** Twenty-five cases were cured and 6 cases improved. **Conclusions:** Early identification of signs of severe HFMD, intensive monitoring, appropriate treatment and rational care are essential to elevate the cure rate of HFMD in children.

**[Key words]** hand, foot and mouth disease; severe signs; nursing

手足口病(hand, foot and mouth disease, HFMD)是由多种肠道病毒引起的急性传染病,常见柯萨奇 A 组 16 型(CoxA16)和肠道病毒 71 型(EV71)。该病多发生于学龄前儿童,尤以 3 岁以下年龄组发病率最高。主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。由于 EV71 肠病毒可引起致命的并发症如神经源性肺水肿<sup>[1]</sup>,因此,对小儿手足口病有重症征象的患儿及早识别,采取干预措施,认真做好监测和护理,在提高 HFMD 抢救成功率中显得尤为重要。2009 年 4~6 月,我科收治的 HFMD 中有早期重症征象的患儿 31 例,通过针对性的护理,取得了很好的效果,现作总结。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 31 例中,男 23 例,女 8 例;年龄 8 个月至 5 岁,其中 3 岁以下 26 例,占 83.87%。临床表现除手、足、口腔等部位有斑丘疹、疱疹外,其中持续高热 29 例,精神差 31 例,频繁惊厥 28 例,呕吐 4 例,肢体抖动 1 例,肌肉震颤 1 例,呼吸、心率增快 8 例,末梢循环不良 10 例。

**1.2 方法** 在加强隔离、适当休息、合理营养、抗病毒、抗感染等常规治疗与护理的基础上,立即给予甘

露醇每次 0.5~1.0 g/kg,每 4~8 h 1 次,20~30 min 内静脉注射,根据病情调整给药间隔时间及剂量,必要时加用吠塞米。静脉注射丙种球蛋白,总量 2 g/kg,分 2~5 天。甲泼尼龙 10~20 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>(单次最大剂量不超过 1 g),病情稳定后,尽早减量或停用。保持呼吸道通畅,吸氧。确保两条静脉通道通畅,监测呼吸、心率、血压和血氧饱和度。若循环系统受累,给予血管活性药物如米力农、多巴胺等。呼吸功能障碍时,及时气管插管使用正压机

械通气。并降温、镇静、止惊等对症治疗。

### 2 护理

HFMD 患儿的消毒与隔离、皮肤护理、口腔护理和饮食指导同 HFMD 一般护理<sup>[2-4]</sup>。早期重症征象的观察与护理非常重要。

**2.1 高热的观察与护理** 高热是重症手足口病患儿早期表现的症状之一。每 2~4 h 测体温 1 次,体温在 37.5~38.5℃ 之间的患儿,给予散热、多饮水、温水擦浴等物理降温。温水擦浴时动作要轻柔(有皮疹者不宜使用乙醇擦浴)<sup>[5]</sup>。患儿体温超过 38.5℃ 时,增加测体温次数,给予物理降温的同时应遵医嘱予药物降温。注意观察降温效果及末梢循环情况。降低室温,禁忌衣物、包被过厚影响散热。在体

[收稿日期] 2009-09-29

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 儿科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 邢彩英(1971-),女,主管护师。

温上升时若患儿出现畏寒症状,要给予适当保暖。应用退热剂后要注意观察面色、出汗等情况,防止出汗过多引起虚脱。及时更换衣服及被单。

**2.2 神经系统症状的观察及护理** 加强病房巡视,严密观察患儿有无烦躁不安或阵发性哭闹、精神差、嗜睡、易惊、头痛、呕吐、肢体抖动、抽搐等症状,婴幼儿有无拍头、抓发等异常表现。对有上述表现的患儿,应迅速建立2条或2条以上的静脉通道:一条静脉通道立即给予20%甘露醇应用,另一条静脉通道立即注射大剂量丙种球蛋白及甲泼尼龙。应用甘露醇时要在30 min内输入,严密观察局部有无液体渗出,观察眼窝凹陷程度,防止脱水过度。静脉注射免疫球蛋白的注意事项:一旦开启应立即使用,未用完的部分应废弃,不能再用;若溶液浑浊或被冷冻后请勿使用;应单独输注,不宜与其他药物或液体混合<sup>[6]</sup>。在应用甲泼尼龙后要注意观察有无应激性溃疡的出现。对频繁惊厥、抽搐的患儿,遵医嘱给予镇静止惊药物,保持呼吸道通畅,发绀者给予氧气吸入,牙关紧闭者将纱布包裹的压舌板放入上下牙齿之间,以防舌咬伤。保持患儿中立位,头肩抬高15~30度。密切观察瞳孔变化。记录24 h出入量。液体输注速度不宜过快,以免加重脑水肿。

**2.3 循环系统症状的观察及护理** 若观察患儿有面色苍灰、皮肤发花、四肢发凉、心率增快或减慢,血压升高或下降等,应立即给予心电监护,监测心率、呼吸、血压、经皮氧饱和度等,心率增快时及时遵医嘱静脉泵入米力农、多巴胺等血管活性药物。血压升高时遵医嘱予以硝普钠应用,用输液泵控制速度。随时触摸患儿四肢是否温暖,四肢发凉时可给予热水袋保暖(水温50℃左右),注意防止皮肤烫伤。让患儿卧床休息,尽量保持安静,必要时遵医嘱应用镇静剂。

**2.4 呼吸系统症状的观察及护理** 早期重症手足口病患儿呼吸系统可表现为呼吸浅促,口唇紫绀,危重患儿口吐粉红色或血性泡沫痰,肺部可闻及湿罗音。X线表现为大片状密度增高阴影。而多数患儿不能描述胸闷、憋气等自觉症状,护士应注意观察患儿口周皮肤黏膜颜色,监听肺部呼吸音、心音,观察患儿有无呼吸急促、咳嗽、喘憋,肺部听诊有无湿罗音,咳嗽时观察痰液的色泽等<sup>[7]</sup>。若发现患儿呼吸浅促,肺部听诊有湿罗音,应立即通知医生,吸氧,保持呼吸道通畅,根据医嘱静脉注射东莨菪碱,观察用药后阿托品化反应,反应明显者,减少东莨菪碱的剂量或延长静脉注射时间。若患儿呼吸频率与节律明显变化或呼吸衰竭;短期内出现迅速增多的肺部罗

音;气道分泌物突然增多或出现粉红色泡沫样痰应立即使用呼吸机。

### 3 讨论

手足口病患儿病情发展快,如果对早期出现的症状观察不仔细,不能给予及时地处理,短期内能迅速发展为神经源性肺水肿,增加患儿病死率。因此,如何从普通病例中发现重症病例早期征象,及时积极采取治疗护理措施,是降低病死率的关键。临床工作中我们体会到对手足口病有早期重症征象的患儿,认真做好监测和护理,控制患儿颅内压,减轻脑水肿是治疗的关键。应用甘露醇要早期、快速、大剂量的给予,尽快降低颅内压,减轻脑水肿,使患儿保持轻度脱水状态为度<sup>[8]</sup>。李秀勇等<sup>[9]</sup>认为重症手足口病从发病到病重时间为(3.04±1.39)天,下列情况可作为HFMD重症病例的早期征象:(1)年龄<3岁;(2)持续高热不退;(3)末梢循环不良;(4)呼吸、心率明显增快;(5)精神差、呕吐、抽搐、肢体抖动或无力;(6)外周血白细胞计数明显增高;(7)高血糖;(8)高血压;(9)胸片示肺内病变动态变化较快者。因此,在手足口病早期特别是在发病后2~5天,要重点观察以上内容,以便及时发现重症病例早期征象,寻找病情变化的蛛丝马迹,给予积极处理,以提高手足口病的治愈率。

#### [参 考 文 献]

- [1] Bible JM, Iturriza-Gomara M, Megson B, et al. Molecular epidemiology of human Enterovirus 71 in the United Kingdom from 1998 to 2006 [J]. Clin Microbiol, 2008, 46 (10): 3192 - 3200.
- [2] 黄瀛. 手足口病医院内感染防控的护理措施体会[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(35): 8634 - 8635.
- [3] Ooi MH, Solomon T, Podin Y, et al. Evaluation of different clinical sample types in diagnosis of human Enterovirus 71-associated hand-foot-and-mouth disease [J]. Clin Microbiol, 2007, 45 (6): 1858 - 1866.
- [4] 尹冬梅, 温冬娣, 张秀梅. 小儿手足口病的护理与健康教育探讨[J]. 基层医学论坛, 2009, 13(2): 155.
- [5] 杨仙姬, 陈敬国. 15例重症手足口病患儿的临床护理[J]. 医疗保健器具, 2008(6): 21 - 22.
- [6] 李正叶. 静脉注射人免疫球蛋白在重症手足口病患儿中应用的护理观察[J]. 中外医疗, 2009, 28(1): 128.
- [7] 蒋洁. 手足口病49例护理体会[J]. 蚌埠医学院学报, 2009, 34(2): 170.
- [8] 刘利梅, 李晓红, 吕勇, 等. 小儿手足口病重症高危患儿18例的临床观察与救治[J]. 安徽医学, 2008, 29(4): 354 - 355.
- [9] 李秀勇, 韩明峰, 冉献贵, 等. 57例重症手足口病临床特点及救治分析[J]. 安徽医学, 2008, 29(5): 592 - 593.