

1 例输入型重症脑型恶性疟疾误诊分析

吴 闵, 柯庆喜, 张流忠, 帅 婧(贵州省贵阳市第一人民医院急诊科 550001)

【关键词】 重型脑型恶性疟疾; 分析; 救治

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1529-02

疟疾是一种重要的虫媒传染病,已被联合国和世界卫生组织列为全球急需的三大公共卫生问题之一,特别是恶性疟疾的病情危重,发展迅速,并发症多,病死率高。本文主要通过 1 例以发热、意识障碍为表象的重症脑型疟疾的误诊分析,希望给今后的临床诊治提出一些宝贵经验。

1 临床资料

患者青壮年男性,34 岁。患者因“反复发热 15⁺ d,伴意识障碍 5 h”于 2010 年 5 月 3 日就诊于本院。入院前 15⁺ d 患者由缅甸回国后出现发热,体温最高达 39.0 ℃ 左右,发热时间不规律,伴头痛,就在当地医院拟“上呼吸道感染”进行治疗。予抗感染、抗病毒(头孢哌酮、双黄连)治疗 3 d,体温退而复升,仍有反复发热症状。入院前 5⁺ h 在发热基础上出现意识障碍,起始表现为神志恍惚、不愿言语,随后发展为呼之不应,就诊于本院急诊。体格检查发现:嗜睡状,呼之能睁眼,不言语,双侧瞳孔等圆等大,直径约为 3 mm,对光反射迟钝,颅神经检查不能配合。颈亢,四肢肌力不能配合,右上肢肌张力升高,双侧锥体束征未引出。腹部肝区明显压痛。考虑“脑炎不能除外”,予甘露醇、吠塞米降颅压、头孢类抗生素抗感染、利巴韦林抗病毒、地塞米松静脉滴注等对症治疗,神志、体温曾一度恢复正常,停用地塞米松后,迅速出现发热症状及意识障碍,并逐渐出现全身皮肤黏膜黄染,小便为深茶色,即收入院。入院后患者家属提供缅甸流行疟疾,且一同去缅甸的 4 人均出现发热,但无法联系,且该地区有去缅甸打工的习惯,多数人回乡后均感染疟疾等信息。入院体格检查:体温 38.8 ℃,心率 90 次/分,呼吸 20 次/分,血压 110/60 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),双肺呼吸音低,未闻及干湿性啰音。心脏查体未见明显异常。双下肢不肿。神经系统检查:浅昏迷,双侧瞳孔等圆等大,直径约为 3 mm,对光反射迟钝,颅神经检查不能配合。颈亢,四肢肌力不能配合,右上肢肌张力升高,双侧锥体束征未引出。辅助检查:胸片回示未见异常,头颅 CT 提示未见明显异常。血常规提示血红蛋白进行性下降,由 116 g/L 降至 67 g/L。尿常规提示:尿胆原 17 μmol/L,胆红素 17 μmol/L(+),尿隐血阳性,尿蛋白阳性(+++),白细胞阳性(+),镜检白细胞 2~4/HP,红细胞 ++/HP。大便常规未见异常。肾功能提示:尿素 12.3 mmol/L,肌酐 107 μmol/L。肝功能提示:丙氨酸氨基转移酶 53.5 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 64.7 U/L,总胆红素 58.4 μmol/L,直接胆红素 27.97 μmol/L,间接胆红素 30.43 μmol/L,总蛋白 47.24 g/L,清蛋白 21.34 g/L。腹部 CT 提示双侧胸腔积液,盆腔积液。2010 年 5 月 6 日第 1 次血液涂片找疟原虫为阴性,当天第 2 次血液涂片找疟原虫提示找到恶性疟原虫(见图 1、2)。病情进行性加重。据此明确诊断为恶性疟疾(凶险型),并发脑型、溶血性黄疸,黑尿热。后给予患者青蒿琥酯静脉注射,首次 120 mg,随后 60 mg 连续使用 7 d;伯氨喹 3 片,每天 1 次,连服 8 d 抗疟疾治疗,并加用心电监护、吸氧,继续予退热降温,甘露醇脱水、降颅压,青霉素抗感染,低分子

右旋糖酐改善微循环,地塞米松静脉滴注及保肝等对症治疗。

2 结 果

经治疗后患者体温恢复正常,神志逐渐恢复,直至完全清醒,神经系统检查未见明显阳性体征,尿色转淡,全身皮肤黏膜黄染减轻。复查血常规提示血红蛋白逐渐上升。但血液中仍可见疟原虫。故继续予青蒿琥酯 60 mg 静脉注射每天 1 次,伯氨喹 3 片,每天 1 次口服治疗,届时复查血涂片,但患者自行出院。

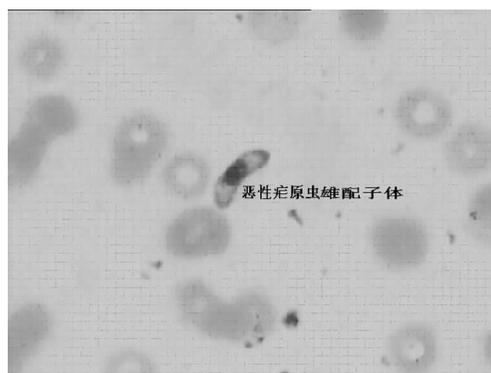


图 1 恶性疟原虫雄配子体

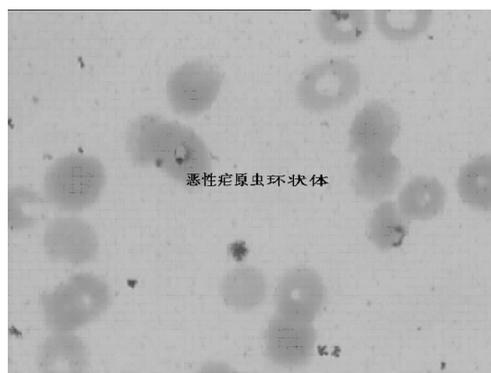


图 2 恶性疟原虫环状体

3 讨 论

恶性疟疾是由恶性疟原虫感染,经按蚊叮咬传播的寄生虫病,高发于热带及亚热带地区^[1],并发症多,若不及时治疗,可危及生命。该病在我国已罕见,严重流行区的范围已大幅度缩小,除云南、海南两省外,各省已消除当地感染的恶性疟疾。近年来由于全球化的进程加快,人口流动的增加,交往日益频繁,传染病也失去了严格的地域界限,输入型疟疾病例逐渐增多,并且临床表现多样化,易误诊为其他疾病^[2]。本患者入院时表现为发热、意识障碍,颈项强直,误诊为脑炎,经治疗一度好转,考虑为激素减轻中毒反应,后病情突然反复,加之同伴均出现发热,考虑传染病可能性大,后家属提供缅甸流行疟疾的信息,故反复查血涂片才能明确诊断,患者的疫区生活史应成为诊断的关键及突破点,提醒应对疫区归国人员出现高热者高度警惕该病,做到早诊断,早治疗,减少并发症,降低病死率。恶性疟

疾易合并其他严重并发症^[3], 尤其脑型疟疾最为凶险, 病死率最高, 以来势凶, 进展快, 变化快, 病程短为特点, 如不及时抢救, 会因意识障碍、昏迷、偏瘫、肾功能衰竭、呼吸循环衰竭而死亡。本例患者在抗疟原虫的基础上, 积极治疗并发症和精心护理是救治成功的关键。

当前, 外出旅游、出国打工人员逐渐增多, 对于返乡人员, 尤其是从疟疾流行地区回来的返乡人员, 当地疾控机构应加强对返乡人员输入性疟疾的监测, 及时搜索疫情; 并按属地管理的原则, 卫生部门要加强与卫生检疫、商务、外事有关部门的联系, 及时掌握返乡人员的去向和返回时间, 特别是外出非洲和东南亚等恶性疟高发地区人员的相关信息, 回国后要及时进行跟踪调查和处理; 及时发现和处理疫情, 凡从疟疾高发地区

回国的人员, 无论发病与否, 都必须按现症患者疗法进行氯喹、伯喹 8 d 根治, 实行预防性服药, 并做好随访和跟踪观察。

参考文献

- [1] 彭文伟. 传染病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 50.
- [2] 沈继龙. 临床寄生虫学和寄生虫检验[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 30.
- [3] 颜宁. 凶险性恶性疟疾合并败血症 1 例[J]. 江苏医药, 2003, 29(12): 898.

(收稿日期: 2011-04-06)

褥疮的临床护理体会

王增红(重庆市大渡口区第一人民医院内科 400084)

【关键词】 褥疮; 护理; 压疮

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1530-02

褥疮又称为压疮, 是临床护理中的常见病种之一, 它主要是由于局部组织长期受压, 导致血循环障碍, 发生持续性缺血、缺氧、营养不良而导致组织溃烂坏死, 是临床上卧床患者最常见的并发症之一, 它是在康复治疗、护理工作中长期存在且尚难彻底解决的难题。一旦发生压疮, 不仅影响病情, 给患者增加痛苦, 延长疾病的康复时间, 甚至会引起脓毒败血症而危及生命。近年来, 随着医学研究的不断深入, 认为褥疮从病理、生理学角度应称为“压迫性溃疡或压疮”已成共识^[1]。目前本科在褥疮的治疗和护理上取得了一定的经验, 收到了满意的效果, 现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本科室从 2010 年 1 月至 2011 年 2 月收治褥疮患者 7 例, 男 2 例, 女 5 例, 年龄 68~91 岁, 患者住院后通过抗感染, 加强营养, 对褥疮进行局部治疗护理后均治愈。

1.2 护理措施

1.2.1 对褥疮进行评估 患者入院后及时的对患者发生褥疮的危险因素作定性、定量的综合分析, 对褥疮的易患因素进行正确的评估, 采取行之有效的防护措施。目前国内外介绍的常用的评估方法有 Braden 褥疮评分法、Nortor 危险因素评分法、Andersen 危险指标记分法等针对危险因素采取措施预防褥疮, 使褥疮的发生率下降 50%~60%^[2]。将患者的褥疮分为 I 期(淤血红润期)、II 期(炎性浸润期)、III 期(浅表溃疡期)和 IV 期(坏死溃疡期), 并针对褥疮的各期特点予以治疗和护理。

1.2.2 褥疮的治疗和护理 (1) 避免局部组织长期受压: 解除局部受压, 强调翻身的重要性, 加强防护措施, 特别是患侧不能卧位, 应使局部架空, 使受压局部悬空, 称之为“架桥法”^[3], 增加翻身次数, 保持床铺平整、干燥、无碎屑, 避免摩擦、潮湿和排泄物对皮肤的刺激。经常更换体位, 使骨骼突出部位交替地减轻压迫。鼓励和协助长期卧床的患者经常翻身, 每 2~3 h 翻身一次, 必要时 30 min 翻身一次, 并建立床头的翻身记录卡; 使用棉褥、软枕及糜子垫以保护骨隆处和支持身体的空隙处, 使支撑体质量的面积加大, 从而降低皮肤所承受的压强, 尤其是糜子性微寒, 可降低皮肤的表面温度; 糜子不吸湿具有良好的透气功能, 能保持皮肤干爽^[4], 糜子褥垫在减压和通透散热

作用等方面明显优于棉垫、海绵垫等传统方法; 使用气垫床、转床等可使患者达到分散全身压力, 避免集中压迫某个部位, 由于气垫床的按摩功能, 可使长期卧床患者免患褥疮, 对已形成的褥疮, 可加速结痂, 减轻了患者的痛苦与家属的护理任务^[5]。

(2) 积极治疗原发病, 增加营养和全身抗感染治疗: 对长期卧床、恶病质、病重患者予以进食高蛋白、高热量、高维生素及富含矿物质的膳食饮食, 不能自己进食的给予鼻饲饮食, 静脉补充清蛋白、氨基酸等以纠正负氮平衡, 增强机体的免疫力和抵抗力, 促进机体生长发育, 有助于褥疮的愈合。(3) 重视局部的治疗和护理: 其原则主要是解除压迫, 保护创面, 促进愈合。在褥疮的护理过程中应保护好皮肤, 防止感染发生, 而对于已有破溃的褥疮应尽量保持局部疮面清洁, 使用保湿敷料如透明膜、水胶体等可以为创面的愈合创造一个适宜的环境, 便于新生的上皮细胞覆盖在伤口上, 勤换敷料, 严格控制感染, 逐渐的使创面愈合。在治疗褥疮的 I 期、II 期及 III 期中用 2% 碘酊加庆大霉素等药物涂擦配合红外线照射有良好的效果, 碘酊可以使组织脱水, 减少渗液, 促进血液循环, 涂擦后在局部形成一层杀菌薄膜, 能保持长时间的杀菌作用, 红外线照射对机体有促进新陈代谢、改善血液循环, 减少渗出的作用, 使创面由内向外较快愈合^[6]。破溃的褥疮可以采用胰岛素湿敷换药, 胰岛素液具有解除水肿, 抗炎, 保持肉芽新鲜, 以促进伤口愈合的目的, 且用物简单易取^[7]。临床用 1.5% 的胰岛素液进行褥疮换药, 即生理盐水 20 mL, 胰岛素 12 U, 维生素 C 0.5 g, 浸泡无菌纱布紧贴创面组织, 上面覆盖一层油纱布, 最后用无菌纱布覆盖, 胶布固定。如果炎症严重, 可加庆大霉素 8 万 U, 开始可每天换药一次, 3 d 后可延长换药时间, 2~3 d 换药一次直至褥疮愈合。对于深达骨骼的褥疮配合医生清除坏死组织, 保持引流通畅, 促进肉芽生长, 感染的创面每周采集一次分泌物作细菌培养和药敏实验, 然后根据检查结果选用治疗药物, 以缩短褥疮的病程, 减轻患者的痛苦。

2 讨论

褥疮虽然是临床上长期卧床的患者, 特别是老年、昏迷、瘫痪、坐轮椅者最常见的并发症, 也是临床护理工作中的一大难题, 但护理人员只要认真做好护理工作, 严格执行护理操作常