

流行性斑疹伤寒的观察及护理

袁东梅 于连卉 唐洪英
(黑龙江省大庆市第二医院肝炎科 163461)

中图分类号: R473.5 文献标识码: D

流行性斑疹伤寒是普氏立克次体通过体虱为媒介而传播的一种急性传染病。临床特征表现为起病急,持续高热、头痛、皮疹及神经系统中毒迁延合并肺炎,心肌炎等愈后不良,下面将我院近年来收治4例流行性斑疹伤寒的观察及护理介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

病因:一例患者是因足背烫伤感染引起的,其它3例患病前曾被拘留劳动教养过,有本病接触史,有皮肤搔痒抓伤及虱叮咬所致,住院最长达24天,最短14天,通过隔离治疗及精心护理,均治愈出院。

1.2 临床表现

四例患者均高热起病,最高体温达39~41度,伴有头痛、谵妄、昏睡等症状。其中2例患者发烧约持续2周呈稽留热,1例患者表现厌食、呕吐、咽部充血、眼结膜充血、伴有腹痛、腹泻、便绿色稀便。1例患者出疹期表现肝大在肋下3厘米,心律加快,每分钟120次,伴轻咳。四例患者皮肤均出现暗红色斑丘疹,压之不褪色,出疹后24~48小时丘疹部分融合。皮疹持续约7~8天消退,留有色素沉着。

实验室检查:4例患者中有1例患者表现白细胞增高 $11.3 \times 10^9/L$,血小板减少 $79 \times 10^9/L$ 。血清变形杆菌凝集反应(外裴氏反应),OH均为阳性,1:200以上1例,1:40以上的3例,其中1例GPT增高在200单位以上。

2 临床观察^[1]

2.1 高热期严密观察体温变化

本组患者均是突然高热起病,体温波动在39~41℃,呈稽留热。患者表现皮肤、颜面潮红、灼热、口干舌燥、谵妄、嗜睡状态。此期要严密观察体温变化,如体温在38.4~39.8℃之间发烧持续一周、一日间体温变化在2℃内,发现体温不升立即采取降温措施,使患者安全度过高热期,这对于减少脑细胞耗氧量,保护脑功能是至关重要的。

2.2 皮疹及瘀斑的观察

立克次体通过抓破的皮肤侵入人体后,附着于红细胞及血小板表面大量繁殖,损伤血管内皮系统,使之引起增生性、血栓性或坏死性血管炎,导致毛细血管壁通透性增强。临床通过对皮疹及瘀斑的观察以及临床出现的症状,可以判定血管壁的损伤程度病情的进展情况,以便采取相应的治疗措施。本组4例患者均在高热其后出现皮疹。2例在发烧后3天表现皮肤丘疹,出疹期最高体温达40.2摄氏度,伴有谵妄、嗜睡、烦躁。胸背部皮肤丘疹较多,24~48小时候遍及四肢。1例患者出现疹期消化道中毒症状明显,表现腹痛、腹泻、粘液便4~5次/日,2天后患者便黑褐色稀便2次/日,通过及时报告医生给予应用维生素K₁20毫克静点症状缓解。

2.3 合并症的观察^[2]

斑疹伤寒患者持续高热,大量能量的消耗致机体抵抗力较低,加之毒素的作用,易合并肺炎、心肌炎,4例患者中有1例在出疹期表现烦躁不安、查体肝大,在肋下3厘米,心律120次/分,肝功化验:GPT在200单位以上,遵医嘱给予15%的葡萄糖300毫升加促肝细胞生长素120毫克。④5%葡萄糖300毫升加维生素C 5.0静点。⑤给25%葡萄糖20ml加毒毛K 0.125mg缓慢静推。氯丙嗪和异丙嗪各25mg肌肉注射后,症状缓解,避免了心衰的发展。因此,对斑疹伤寒患者并发症的观察是不可忽视的。

3 护理要点:

3.1 隔离病人防止交叉感染

流行性斑疹伤寒传染性最强的是在发病第一周,因此病人需住单房间进行隔离、灭虱。给予洗澡、更衣、剃发。患者用过的衣物煮沸15~30分钟,然后浸泡在高效优氯净消毒液内15分钟清水冲洗后晒干,彻底消灭传染源,切断传播途径,防止交叉感染。

3.2 高热期护理

3.2.1 绝对卧床休息,每1~2小时测一次体温,如体温在39~40℃时立即给予物理降温。降温方法:首先给予温水擦浴,水温在32~34℃,注意水温不能过低,防止高热患者突然冷水擦浴皮肤血管收缩,大量血液集中头部引起充血。要同时给头部置冷水袋,每1~2小时更换冷水,以保持降温效果。如30分钟~1小时测体温不降温再用30~50%酒精擦浴,使体温保持在38~39℃。高热期禁止用大量退热剂。防止大量出汗体温骤降引起虚脱。鼓励患者多饮水,每日约给2000~3000ml,以利于毒素排泄。如体温持续高热期在39~41℃时,用2%冷生理盐水低压灌肠,每次约300~500ml可使体温下降0.5~1度,收到较好的降温效果^[3]。

3.2.2 给予高热量,高维生素B₁、C及易消化流质饮食,补充足够水份,根据发烧情况每24小时液体入量不能少于2500~3000ml,伴有呕吐、腹泻患者应注意补充电解质平衡,并促进毒素和代谢产物的排除。

3.2.3 口腔护理:持续高热患者,唾液分泌减少,维生素消耗增多,易引起口腔溃疡,每日给予口腔护理二次,预防并发症的发生。

3.2.4 皮肤:患者高热降温后大量出汗,刺激皮肤易发生感染和不适,每日睡前给予温水擦浴,保持皮肤清洁干燥,每1~2小时更换体位,防止褥疮发生。

3.2.5 保持大便通畅:患者发烧卧床活动减少,肠蠕动减慢,易出现便秘,采用2%温盐水低压灌肠以缓解便秘。

3.3 出疹期护理^[4]

斑疹伤寒立克次体损伤脏器血管壁引起的血栓形成,以及毒素作用易引起肺炎和心肌损害,此期间护理要点:病室保持空气清新,温湿度适宜。长期卧床注意变换体位,防止肺部并发症,注意观察脉搏、心率变化。如合并心肌损害,输液时速度不宜过快,10~20滴/分,如有烦躁不安,颜面发绀时,根

(下转第88页)

作者简介:袁东梅,女,(1970-),主管护师,从事临床护理

(收稿日期:2006-02-16 接受日期:2006-04-13)

2.4 精神因素

一般多由急性精神创伤性刺激引起,亦可由持久的难以解决的矛盾或内心痛苦引起。尤其是气愤与悲哀不能发泄时,常导致疾病的突然发生。

2.5 病程和预后

多呈发作性,急性起病,消失迅速。躯体症状可呈持续性,如治疗不当,可延续数年,甚至十余年,经适当治疗,多能迅速好转,癔症性性格特征显著者,易复发。

3 护理实践

3.1 首先必须排除器质性的疾病。

因为有不少疾病,甚至是器质性疾病,都有一定程度的可暗示性。又由于癔症的治疗过程中采用的暗示疗法比较多,因此在没有排除器质性疾病的情况下和暗示取得初步疗效的情况下,会造成误诊误治,有的会酿成医疗事故。

3.2 护理应侧重于心理护理。

癔病的症状是功能性的,因而应以心理治疗为主。癔病患儿平时多有特殊的性格特征,如易被暗示,自我为中心,发病前多有受批评、恐惧等精神刺激。要求家长在平时了解其性格特点、身体、精神状况及兴趣爱好等,主动接近并倾听患儿的诉说,提供情感宣泄的机会,在此基础上因势利导,给患儿以安慰、解释、劝导,以消除其不满心理。因为这类患儿,常深信患有严重疾病或会像神经病那样,所以顾虑重重。加上家属由于不懂病情而过度紧张,如言辞不当常会使患儿的病情恶化。故要非常关心患儿,同情患儿,了解病史,体格检查要详尽仔细。通过检查,既可排除器质性疾病,又可取得患儿信赖,这有利于心理治疗的成功,是促进疾病治疗的决定性因素。但不能把注意力集中在症状本身。对症状的反复盘问以及不必要的检查,常导致不良的暗示作用。而应把注意力重点放在讨论症状的心理因素。引导患儿及家属认识病因,分析病因与治疗的关系。当谈及病因时要让患儿尽情发泄,让其尽情倾吐不满情绪适当给予安慰和鼓励。让患儿了解心理因素与性格缺陷在疾病发生、发展中的作用,并要求患儿加强

自我训练,促进身心健康。而心理暗示常能取得较好效果。注意让孩子劳逸结合,保证充足睡眠,帮助孩子正确处理学习、生活和人际关系。使他们正确对待各种冲突和挫折。避免对患儿的过渡关心。避免在患儿面前谈论其病情,以免带来不良暗示,预防复发。

在护理过程中应注意熟悉病情及相关情况,如诱发因素,人际关系,性格特点,家庭角色,兴趣特长,学习成绩及重大生活事件等,以利于护理工作的开展。

耐心细致地向家属交待患儿的病情、特点,并要求家属积极配合,患儿病情发作时切勿手忙脚乱,哭哭啼啼,要与医护人员配合使用鼓励安慰性语言。配合医生使用药物暗示,准确的给患者吸入或口服或注射不同气味、颜色和自主感觉良好的药物,使患者通过亲身体验增强对治疗方案的信服,以达到效果。

适用于暗示疗法无效年龄较大的患儿,使能诱使癔病发作的精神因素,逐渐失去诱发作用,从而达到减少甚至预防诱发癔病的目的。先让患者倾诉与发病最有关的精神因素、内心冲突,并录音、录像以备用,然后训练患儿学会全身松弛后脱敏。最初短时间播放精神刺激的录音或录像,当患者稍感紧张不安时,停止播放,如此反复多次,由于交互抑制的原理,这种刺激便不再引起患者的紧张不安,然后逐渐增加刺激量,直到完全沉浸在精神刺激的录音、录像之中,均无明显的情绪反应为止;再迁移到现实生活之中,使患儿能逐渐适应充满精神刺激的现实生活,正常的学习和成长。

参 考 文 献

- [1] 张理义,袁国桢主编.心理医生手册[M].北京:人民军医出版社,2005
- [2] 刘鸣勋.实用临床心理学[M].北京:中国医药科技出版社,1996
- [3] 施慎逊.气功与精神障碍[J].上海精神医学,1999,11(4)
- [4] 韩仲岩主编.全身疾病的神经系统表现[M].北京:人民军医出版社,2001
- [5] 史玉泉.神经病学新理论与新技术[M].上海:上海科技出版社,1998

(上接第97页)

据病情给予吸入低流量氧气,以缓解症状。出疹期患者腹胀腹泻严重时,应减少牛奶的摄入量或暂禁食,必要时静脉补充营养和热量,以减轻胃肠负担。出疹期皮肤受汗液刺激引起瘙痒,防止抓伤并继发感染,应剪短指甲或戴手套,预防并发症的发生。

3.4 恢复期护理要点^[5]

病程经过高热期,出疹期后进入恢复。患者机体十分虚弱,需要大量的营养和能量以满足机体生理需要和补充疾病的消耗。患者表现食欲亢进,护理必须适当控制饮食,防止暴饮暴食诱发肠道并发症。禁止食用生、冷、硬食物,给予易消化吸收饮食。如米粥、面片等,少量多餐,以促进机体功能的恢复。

4 小结^[6]

流行性斑疹伤寒是由普氏立克次体以体虱为媒介而传播的一种急性传染病。临床以持续高热、头痛、神经系统中毒症状和皮疹为主要特征。患者是唯一传染源,病原体侵入人体后即有传染性,以发病第一周传染性最强,护理首先要严密隔离病人,彻底灭虱,更衣,以消灭传染源,切断传播途径,防止

交叉感染。病程临床表现分三期,即:高热期、出疹期、恢复期。通过本组4例患者的细心观察及精心护理,我们体会到护理关键要根据各期不同特点,分别“三关”,即高热惊厥关、出疹期合并症关及恢复期饮食关,帮助病人度过三关,对于减少并发症,促进疾病恢复是十分必要的。4例患者住院最24天,最短14天,全部治愈出院。

参 考 文 献

- [1] 孙雪洁,葛伟.小儿斑疹伤寒的临床变异与护理.护士进修杂志,1997,12(3):24-25
- [2] 聂玉兰,谢素美.应用纽曼护理模式对1例斑疹伤寒患者的护理.当代护士,2004,9:70-71
- [3] 张立华,郑胜英.在传染病患者发热时降温措施的选择[J].生物磁学,2005,5(2):86-87
- [4] 苗秀欣,刘清泉.流行性出血热合并地方性斑疹伤寒13例分析.潍坊医学院学报,1997,19(1):80
- [5] 谢正国,黎方连.某部87例地方性斑疹伤寒流行病学调查.解放军预防医学杂志,1996,6:458
- [6] 聂昭华,宋捷,张敏,等.392例斑疹伤寒流行病学动态的观察分析.医学动物防制,2003,19(4):204-205