DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.09.042

2.2 护理记录单注重客观性

护理记录单做到了对病人病情的真实记录,具有针对性、可操作性,每项记录均有签名,能责任到人,落到实处。依据护理诊断制定的护理措施可使用插入方式,按时间的先后排列在一起,克服了护理措施连续性相对较差的缺点,便于学习提高。护理部可从网上查询护理措施的项目,并可检查病人落实情况。

2.3 随时查阅整体护理达标情况

系统自动生成出各种率的达标情况,如护理评估及时情况统计表,护理诊断及时率统计表,护理评估率统计表,护理诊断符合率统计表,护理措施落实率统计表,对病人实施健康教育覆盖率,健康教育知率统计。

2.4 权限设置

以不同的权限进入此系统,会有不同的功能模块界面,所看到的数据报表也不同。

3 体会

该系统应用规范了工作程序,提高了管理力度,便于数据储存、查询和浏览、打印。

利于护理人员工作改进和管理水平的提高。通过各种率的查阅,使护士和护理管理者及时了解整体护理工作中的不足,便于改进工作。

护理措施依据先有问题再定措施的原则,帮助护士正确掌握护理措施的内涵及范畴,遵循措施与问题相一致的原则,使措施切实可行、记录客观及时。克服了护理记录描述不具体,条理不清,主次不分的缺点[2]。

各字典库的应用,使各项记录方便快捷,利于护理人员在学习,提高护士业务水平。

该系统的应用利于对实习护士进行能力的培养,如与患者沟通、交流的能力;理解、帮助患者解决问题的综合分析能力等。与手工书写管理模式比较,护生更愿接受网络管理模式。

关键词:军字一号;整体护理;护理管理
中图法分类号:R197.324 文献标识码:B

参考文献:

[1] 张燕玲,张秀英,章晓丽,等.医院护理综合信息管理系统的研究与软件开发[J].解放军护理杂志,2001,18(3):37-38.
[2] 李正梅.护理病历中护理措施存在的问题及对策[J].南方护理学报,2000,7(5):46-47.

(编辑 薛国文)

经验交流

文章编号:1000-5404(2003)09-0836-02

脑脓肿并发出血的诊断与治疗

Diagnosis and treatment of brain abscess associated with hemorrhage

许民辉,邹咏文,何奇元,杨东红,沈光健,张云东,邓洵鼎 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所神经外科,重庆 400042)

脑脓肿并发出血临床上十分少见,文献中多为个案报道[1~3],作者自1995年以来收治此病4例,现报告如下,并结合文献重点讨论出血发生机制及其诊断与治疗。

1 病例报告

例1:男,28岁。因反复发热、头痛、心尖部闻及杂音(SMⅢ/6)10 d,于1995年12月15日以"心内膜炎"收入内科,2 d后患者出现烦躁、颈抵抗,右侧鼻唇沟变浅,右上肢无力,头颅CT扫描见双侧大脑半球多发性低密度灶,左顶枕有一3 cm×3 cm×2 cm高密度影,周围水肿明显,见图1,考虑多发性脓肿并出血转入我科。腰穿压力600 mmH_2O以上,CSF白色混浊,细胞总数1.1×10^9/L,WBC 0.8×10^9/L。追问病史,入院前20 d左小腿外伤后感染,伤口流脓,左侧腹股沟淋巴结肿大。经抗感染、脱水等对症治疗后病情好转,半个月后在CT引导下行左顶枕血肿定向穿刺抽吸,抽出陈旧性血液5 ml,继续予抗感染治疗,病情好转出院。

例2:女,16岁。因头昏、头痛伴呕吐2 d于1997年9月30日入院。入院前2 d患者头部不慎撞到床栏,当时无昏迷,30 min后呕吐1次。次日上午突然意识不清,右侧瞳孔散大,对光反射迟钝,当地医院考虑"脑疝",予脱水治疗后意识清楚,急诊头颅CT扫描(平扫)见"右枕叶血肿",约3 cm×3 cm×2.5 cm,周围水肿明显,见图2,故以"脑外伤"收入院,查体:体温37 ℃,除发现右动眼神经不全麻痹外,无其它体征。次日腰穿压力180 mmH_2O,CSF细胞总0.4×10^9/L,WBC 0.1×10^9/L,多核0.80,单核0.20,糖、氯化物均正常。血白细胞9.5×10^9/L,予对症治疗,半个月后头痛加重,复查CT见左枕叶血肿缩小,但周围水肿更明显,中线移位1 cm,予急诊右枕叶开颅探查,术中见皮层下0.5 cm处有两个囊性病变,分别为4 cm×3 cm×3 cm和2 cm×2 cm×1 cm,有包膜,大囊内为陈旧性血性液,少许为血凝块,小囊内为黄白色脓液,囊壁病理报告为炎性肉芽组织。术后予继续抗感染等治疗,痊愈出院。

例3:男,55岁。因头痛、呕吐11 d于1999年10月20日入院。头痛以额部为主,呈持续性胀痛,呕吐为喷射状。每日2~3次。无发热、肢体抽搐等症状。神经系统检查除双视乳头边界欠清楚外,余无阳性体征。院外头颅CT扫描(平扫)提示右

作者简介:许民辉(1960-),男,福建省安溪县人,主任医师,教授,主要从事脑和脊髓肿瘤显微外科治疗方面的研究,发表论文36篇。电话:(023)68757243

收稿日期:2002-08-23;修回日期:2003-01-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

枕叶占位性病变, 约 5 cm× 5 cm× 4 cm, 中央为高密度影, 周围水肿明显, 见图 3。考虑脑肿瘤伴出血。在全麻下行右顶枕开颅病变切除术, 术中见病变为囊性, 内为陈旧性血液, 予吸出后切除囊壁, 病理报告为脑脓肿伴盐沉积。术后抗感染等对症治疗, 痊愈出院。

例 4: 女, 24 岁。因持续性头痛、呕吐 8 d 于 2000 年 1 月 18 日入院。入院前半个月患"感冒", 1 周后头痛, CT 扫描诊断右侧上颌窦炎、脑电图轻度异常, 当地医院诊断为细菌性脑膜炎, 予抗感染、脱水等治疗, 因症状无好转转入我科。次日腰穿, 压力 300 mmH_2O, CSF 细胞数 0. 276× 10^9/ L, WBC 为 0, 血象 WBC 6. 8× 10^9/ L、N 0 80、L 0. 18。CT 扫描见右颞枕交界处有一占位性病变, 伴出血, 约 5 cm× 4 cm× 3 cm, 水肿明显, 见图 4, 考虑脑肿瘤伴出血或脑血管畸形伴出血。于全麻下行右颞顶枕开颅探查, 切除皮层约 0. 5 cm 即见脑内血肿, 为陈旧性血液和血凝块, 清除血肿后见其周围有囊壁, 将其分块切除, 病理报告: 脑炎伴脑脓肿形成, 局部胶质细胞反应增生。术后抗感染等治疗, 痊愈出院。

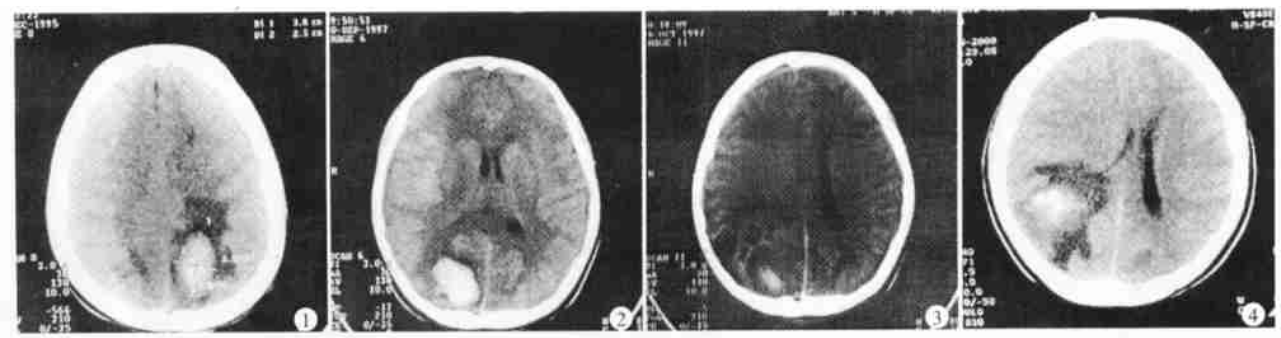


图 1　例 1 病人 CT 轴位片　　图 2　例 2 病人 CT 轴位片　　图 3　例 3 病人 CT 轴位片　　图 4　例 4 病人 CT 轴位片

2　讨论

由于不典型的脑脓肿常被误诊误治, 本组 4 例临床上十分少见的脑脓肿, 旨在提高对其的认识。

脑脓肿并发出血的机制尚不十分清楚。根据脑脓肿的病理分期, 在脑炎期阶段, 炎症中央部位的脑组织已经坏死, 临近的血管增生, 此时由于脑水肿和占位效应使颅内压增高, 后者可使炎症区的脑组织的新生的、薄壁的血管发生移位、扭曲, 这些扭曲的血管就容易破裂出血进入阻力减低的坏死脑组织内, 即为脓肿并发出血[1]。本组例 2、4 从临床经过看属此种情况, 而例 3 则由于临床经过不典型, 无明确的"脑炎期", 其出血是否属于此机制尚难确定。有人认为外伤是脑脓肿并发出血的外在因素, 本组例 2 入院前曾有头部外伤史, 次日头颅 CT 扫描即见枕叶血肿, 因此推测本例可能是已有脑脓肿, 头部外伤诱发脓肿内出血致其病情加重。此外, Kitakami 等[5] 报道 1 例死于脑曲霉菌病伴出血病例, 尸检时发现曲霉菌侵入和穿透血管壁, 并认为出血与此有关。因此, 细菌对血管壁的破坏也可能是出血的原因之一。

典型的脑脓肿依据急性感染, 颅内压增高和脑局灶性症状, 结合辅助检查如头颅 CT 扫描等, 诊断较容易。但一些不典型脑脓肿如病史中没有感染症状, 脑脊液细胞数正常及本组伴有出血者, 术前诊断仍很困难, 常与脑内一些囊性病变如胶质瘤囊性变、囊性转移瘤等相混淆。CT 对脑脓肿的诊断及其对治疗效果的评价是最有价值的。随着 CT 的使用, 脑脓肿的死亡率已明显下降。CT 上脑脓肿较特征性的表现是: 增强扫描时为一环形增强伴周围水肿的病变, 但这种表现并非脓肿所特有的, 胶质瘤和转移瘤都能表现为环形增强病变。然而有些特征有助于鉴别诊断, 一般认为脑脓肿壁薄且壁较均匀, 内缘光滑, 而囊性肿瘤的环形强化的环壁欠光整, 厚薄欠均匀, 有时伴有结节, 除影像学特征外, 病史和其它临床资料对于诊断和鉴别诊断也是必不可少的。本组例 2、3、4 术前均未作出正确诊断, 导致误诊的原因是病史中无颅内感染表现, 更重要的是脓肿内出血, 因为脓肿并发出血十分少见, 而瘤卒中则相对常见, 因此术前被误诊为脑肿瘤伴出血, Onita 等[1] 报道的 1 例脑脓肿伴出血的病例, 术前也被误诊为恶性脑胶质瘤。此外, 例 2、3 行头颅 CT 扫描时未增强, 见不到环形增强强影, 也是造成误诊的原因之一。通过对本组病例诊断, 作者认为, 今后在临床上遇到病程较短, 一般情况较好, 对于"转移瘤或胶质瘤伴卒中"者, 或是病史中有全身感染表现的"瘤卒中", 应积极排除脑脓肿并发出血这一十分少见的临床病症, 以免误诊。

脑脓肿的治疗原则是: 当脓肿尚未局限时一般只采用抗生素及降低颅压等药物治疗, 包膜形成后则行手术治疗, 方法包括: 穿刺抽吸, 钻孔引流及脓肿切除。当脓肿并发出血时, 临床症状多突然加重, 因此多数病人需行急诊开颅手术。由于术前难以确诊, 多数被当成"瘤卒中"手术, 作者体会是当切开皮层后应注意有无包膜, 切开后即进入血肿腔内, 多为陈旧性血液, 部分为血凝块, 如果混有脓汁, 则当时就能明确诊断, 吸除血肿后均能见到囊壁, 此时应保护周围脑组织, 仔细分离囊壁, 将其切除并送病理检验。术后常规抗感染, 脱水治疗。抗生素的使用不应少于 2~4 周。在治疗过程中应注意脓肿复发问题。一般认为复发原因除了手术治疗不彻底, 有残留的脓腔或未发现的小脓肿, 以后逐渐扩大引起脓肿再发外, 还可能由于原发灶未处理, 以致感染不断地向颅内侵入或手术时脓肿破损, 脓液外渗而污染伤口, 以致日后形成新的脓肿。因此, 在切除脓肿时应仔细操作, 力求彻底切除脓肿, 并防止脓肿壁破损和脓液外渗, 创口周围要用棉片保护, 防止污染。此外, 对原发灶也要及时根治, 只有这样才能降低脑脓肿的复发率, 提高治疗水平。

关键词: 脑脓肿; 脑出血; 诊断; 治疗

中图法分类号: R742. 706　　文献标识码: B

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

参考文献：

[1] Orita T, Fujii M, Hayashi M, *et al*. Brain abscess with hemorrhage[J]. Neuroradiology, 1987, 29(6): 576—577.

[2] Devi B I, Bhatia S, Kak V K, *et al*. Spontaneous hemorrhage associated with a brain abscess[J]. Child Nerv Syst, 1993, 9(8): 481—482.

[3] Bach D, Goldenberg M H. Hemorrhage into a brain abscess[J]. J Compu Assist Tomogr, 1983, 7(6): 1067—1069.

[4] Baumann C K. Multiple bilateral cerebral abscesses with hemorrhage[J]. J Neurosci Nurs, 1997, 29(1): 4—8

[5] Kitakami A, Nishizawa Y, Yamamoto S, *et al*. Two cases of cerebral aspergillosis with intracerebralhemorrhage[J]. No Shinkei Geka, 1988, 6(7): 863—868

（编辑 郭建秀）

经验交流

文章编号：1000-5404(2003)09-0838-01

小儿手足口病的护理

Nursing care of children affected with hand-foot-mouth diseases

李春兰 （第三军医大学附属西南医院儿科，重庆 400038）

手足口病(Hand foot mouth disease, HFMD)是由肠道病毒所致的以手、足及口腔水疱为特征的一种传染病，主要发生于儿童[1]。我院自2001年5月至2002年10月收治了16例HFMD患儿。为提高对本病的认识及采取有效的护理与防治方法，现将护理措施介绍如下。

1 临床资料

16例患儿均为我科住院病人，男11例，女5例。其中6个月至1岁3例，1～3岁9例，3岁以上4例。主要症状：①持续发热1～4 d，体温37.5～38.5 ℃；②发热1～2 d后出现皮疹，在手掌、足底、臀部等部位出现圆形或卵圆形斑丘疹、疱疹；③口腔粘膜出现溃疡、疱疹，其出现时间与皮疹出现时间先后不超过24 h。实验室检查：血常规检查12例，其中10例正常，2例白细胞偏高；心电图检查5例未见异常。治疗措施：主要给予病毒唑、川琥宁、双黄连或赛若金等抗病毒治疗，对血象偏高的患儿加用青霉素抗感染，口腔溃疡可用3%碳酸氢钠溶液漱口及1%达克罗宁溶液外涂止痛。一般1周后可痊愈。本组患儿无神经及心血管系统症状，无死亡及后遗症。

2 护理措施

隔离治疗，预防疾病的传播：本病的传染源是病人和健康带菌者，在咽部、粪便和疱液中含有大量病毒，并可通过消化道、呼吸道传播。所以患儿一经确诊，即应给予隔离治疗。隔离室内应经常通风，保持空气新鲜；每日紫外线照射1～2 h；患儿的粪便和剩余食品用3%漂白粉澄清液浸泡2 min后处置；衣服、被褥暴晒6 h；医护人员被污染的手用0.1%过氧乙酸浸泡1～2 min。隔离时间约2周。

皮肤护理：患儿皮肤可出现多发甚至泛发的炎性丘疹、疱疹，加上出汗刺激，皮疹可因患儿搔抓而继发感染；而且抓破疱疹，疱浆渗出会引起病毒的传播。因此，应每晚给患儿洗澡，并更换柔软的棉织内衣；洗澡时不用肥皂、沐浴露；剪短患儿的指甲趾甲，穿长衣袖、长裤脚将手脚包住；对破溃处及时涂龙胆紫药液，进行各种注射或贴胶布时要避开皮损处。

口腔护理：口腔粘膜疱疹、溃疡引起剧烈疼痛而影响食欲，加上发热导致唾液分泌减少，口腔容易感染。可用棉签蘸3%碳酸氢钠溶液或0.02%洗必泰溶液，擦洗患儿口腔，然后在溃疡面上涂上锡类散；口唇干裂者涂液状石蜡。对因疼痛不肯进食者，可在进食前用棉签蘸1%达克罗宁溶液涂口腔溃疡处。进食后用温开水或生理盐水清洗口腔，对患儿所用奶瓶、奶嘴及餐具每次用后要煮沸消毒，防止继发感染。

饮食调理：注意营养膳食，给予营养丰富的流质、半流质、易消化的饮食；食物温度以偏温略凉为宜，不能过咸，以减少对口腔溃疡面的刺激。对于口腔溃疡疼痛拒食、拒水而造成脱水酸中毒的患儿要给予补液，及时纠正电解质紊乱。

预防并发症：肠道病毒CoxA16.所致的手足口病，一般预后较好，很少合并其他脏器及神经系统的损害；而E71型所致的手足口病除皮肤粘膜疹外，还可合并急性多发性神经根炎、脑膜炎、脑炎、小儿麻痹症、心肌炎、心包炎、流行性腹泻等。在护理过程中，密切观察患儿有无头痛、恶心、呕吐、胸闷、气急、脉搏异常等表现，并及时报告医生，协助医生做腰穿、心电图、X线检查等，以便早期诊断，及时治疗。

健康宣传教育：一旦患儿确诊为手足口病，应交代家长两周内勿送患儿到幼儿园或到公共场所；对未住院治疗的患儿，应教会家长做口腔护理、皮肤护理和饮食调理；对家中或幼儿园的易感患儿可予服用板蓝根冲剂或抗病毒冲剂等预防感染。

关键词：手足口病；护理

中图法分类号：R725.125 文献标识码：B

参考文献：

[1] 朱录清，董 伟，程 铮. 手足口病33例临床分析[J]. 中华传染病杂志，1999，17(4)：271—272.

（编辑 汪勤俭）

作者简介：李春兰(1974—)，女，重庆市人，护师，主要从事小儿护理方面的研究。电话：(023)68754000-73098

收稿日期：2002-12-12；修回日期：2003-03-02

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net