

. 护理技术 .

# 1 例新型布尼亚病毒感染并发癫痫及多系统功能障碍的护理体会

彭叶叶 杨 丽 马荣莉 章 洁 陈向荣

**【摘要】目的** 总结人感染新型布尼亚病毒感染并发癫痫及多系统功能障碍的护理经验。**方法** 回顾性分析 2016 年 5 月收治的 1 例感染新型布尼亚病毒病人的临床护理情况,根据该病发展的不同阶段采取个体化护理措施。**结果** 经及时正确治疗 1 周,体温恢复正常,癫痫完全控制,症状好转;治疗 1 个月痊愈出院。**结论** 根据新型布尼亚病毒感染疾病发展的不同阶段采取相应的护理措施,有助于病人的快速康复。

**【关键词】** 发热伴血小板减少综合征;新型布尼亚病毒;癫痫;多系统功能障碍;护理

**【文章编号】** 1009-153X(2020)09-0637-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 184.6; R 473.6

新型布尼亚病毒,属布尼亚病毒科白蛉病毒属,全称为发热伴血小板减少综合征病毒(severe fever with thrombocytopenia syndrome bunyavirus, SFTSV),感染此病毒后,通常以发热为初发症状,以血小板减少为主要临床表现,严重时会出现意识障碍、多脏器出血等,最终因呼吸衰竭、休克或弥漫性血管内凝血等多器官功能不全而导致病人死亡,是一种新型感染性疾病<sup>[1]</sup>。我科 2016 年 4 月收治 1 例 SFTSV 感染并发癫痫及多系统功能障碍的病人,经过严格规范化治疗与护理,最终痊愈出院。

## 1 病例资料

28 岁男性,因发热伴咽痛、左侧腹股沟疼痛 5 d 于 2016 年 4 月 16 日入院。入院时体格检查:体温 39.5 ℃,其余生命体征正常;全身皮肤粘膜未见皮疹、出血点,未见破溃;咽部稍充血;左侧腹股沟可扪及 3.0 cm×1.0 cm 大小淋巴结,质软、边界清晰,有压痛;无其他阳性体征。入院后急查血常规示白细胞  $2.5 \times 10^9/L$ ,血小板  $87 \times 10^9/L$ 。尿隐血(+),尿蛋白质(++)。呼吸道病毒、EB 病毒、巨细胞病毒、伤寒沙门氏菌、G 试验均阴性。血清风湿、类风湿因子正常,血培养阴性。头颅 CT、肺部 CT、腹部超声、心脏超声未见明显器质性病灶。腹部 CT 示右侧腹股沟多发增大淋巴结。考虑病毒感染,给予抗病毒治疗,但体温无明显下降,在 39 ℃ 以上。入院后 5 d,复查血常

规示白细胞  $1.4 \times 10^9/L$ ,血小板  $48 \times 10^9/L$ ,肝功能、凝血功能、D-二聚体、心肌酶谱、心肌标志物、尿常规均出现异常。24 h 尿蛋白定量为 6.33 g。紧急行骨髓穿刺检查示反应性骨髓象。考虑合并有多脏器损害,加强抗感染治疗。入院后 6 d,突然出现痫样发作、意识模糊、烦躁、低血压。入院后 8 d,湖北省疾病预防控制中心卫生检验所分离血清检测 SFTSV 核酸阳性,确诊为发热伴血小板减少综合征(人感染新型布尼亚病毒)。调整治疗方案:抗病毒治疗(0.9%氯化钠注射液 250 ml+注射用阿昔洛韦针 500 mg,静脉滴注,1 次/8 h);抗感染治疗(0.9%氯化钠注射液 100 ml+注射用头孢曲松钠 2 g,静脉滴注,1 次/12 h);脱水治疗减轻脑水肿(甘露醇注射液 125 ml,静脉滴注,1 次/8 h);抗癫痫治疗(左乙拉西坦片 0.5 g,口服,3 次/d;如出现癫痫发作频繁,静脉注射安定控制发作)。治疗 1 周,体温恢复正常,治疗 1 个月痊愈出院。出院 3 个月复查血常规、肝肾功能、电解质、心肌酶谱、血脂、甲功三项、心肌标志物、CEA、AFP、大小便常规未见异常;心脏彩超、腹部彩超未见明显异常;头颅 MRI 检查未见明显异常;脑电图正常。

## 2 护理措施

2.1 消毒隔离防护 接触为 SFTSV 感染的传播途径之一<sup>[2]</sup>。直接接触急性期病人的血液或血性分泌物可导致感染,因此,早期隔离是控制本病传播的关键。一经确诊,应进行单独病房隔离治疗。病房每日早晚开窗通风一次,每次 30 min。有条件时,可采用人机共存式紫外线空气消毒机消毒。房内地面清扫时,采用湿式清扫;有血液、分泌物等污染时,随时

用 500 mg/L 含氯消毒剂拖拭干净。医护人员对病人进行治疗或护理治疗时,应穿戴好隔离衣、帽子、口罩、手套等;进行有创操作时,要加用护目镜、防护面罩。诊疗过程中,使用的非一次性物品,每日均用含氯消毒剂溶液擦拭消毒;在诊疗、护理和接触病人后,均应规范洗手。对病人日常用品、食具采用含氯制剂擦拭或浸泡消毒,处置病人污染物品时,医护人员需加强个人防护,病人的床单、被褥、垃圾等按丙类传染病用物处理。

**2.2 病情观察** 该病起病隐匿,易跟常见病混淆且发展迅速,应严密观察病人的生命体征,重症病人行 24 h 心电监护。注意观察神志、瞳孔、发热、出血情况以及消化系统、呼吸系统、精神症状的变化,发现异常及时报告医师进行处理。

**2.3 发热的护理** 本文病例体温持续在 38.5~39.5℃,甚至超过 40.0℃。应注意监测体温,每 2 小时测量 1 次,观察热型、发热程度,并注意观察病人的神志、脉搏、呼吸、血压的情况,发现异常立即上报,遵医嘱给予药物和物理降温(冷敷时,注意保护皮肤),鼓励病人多饮温开水。病人均出现不同程度的血小板减少,高热降温不宜采用酒精擦浴,以免加重出血倾向<sup>[1]</sup>。温水擦浴时,应采取点式擦拭,湿度以不滴水为宜,要求动作轻柔,禁忌来回擦拭皮肤。使用退热药后,往往出汗较多,应及时更换衣物,保持皮肤干燥,加强保暖。大量出汗,可导致血容量不足、电解质紊乱,应及时补充水、电解质,以维持内环境的稳定<sup>[4]</sup>。

**2.4 预防出血及出血护理** 本文病例血小板呈进行性减少,最低时白细胞  $1.4 \times 10^9/L$ 、血小板  $48 \times 10^9/L$ 。病人可因凝血功能障碍并发颅内、消化道或其它部位出血。应观察有无牙龈、皮肤出血,以及有无颅内、消化道出血等,密切观察大便的颜色、量。行静脉治疗或采血时,压脉带扎的时间不宜过紧、过长。输液时,选用小号针头进行穿刺留置,尽量减少穿刺次数,穿刺操作集中进行,减少穿刺损伤的频率。输液结束后,按压针眼的同时可将肢体抬高,按压 10 min,防止因血小板减少、凝血时间延长所致的瘀斑。

**2.5 癫痫护理** 保持呼吸吸道通畅、吸氧,开口器或压舌板置上下齿咬合间,防止病人咬伤舌、口腔粘膜或嘴唇,吸出口腔分泌物,防止病人误伤,并按医嘱给予抗癫痫药物,严密观察监护至发作停止。

**2.6 营养支持** 高热期,鼓励病人多饮水,进食清淡、易消化、高热量无刺激性的食物,减少对消化道粘膜的刺激。鼓励多食富含营养、维生素和水分的水果,以补充机体的能量与水分。昏迷期,遵医嘱行静脉

补充液体、电解质和氨基酸等营养物质,需要时遵医嘱留置胃管,每次注食前应先抽吸胃内容物,无出血方可注食,回抽时应适当把握力度,防止负压过大导致胃粘膜损伤出血。

**2.7 心理护理** 该病发病初期,病人及病人家属认知为普通感冒发热,后病情突发变化,昏迷不醒,病情进展迅速,加之对病情进展及预后的不确定性,家属一时难以接受,难免产生焦虑和恐惧。因此,医护人员应加强与病人家属进行沟通交流,讲解本疾病的相关知识及转归过程,提高病人及家属对本病认知度,消除家属焦虑和恐惧心理,鼓励其积极配合治疗、护理,树立战胜疾病的信心。

**2.8 出院指导** 本文病例担负国内外飞行任务,航线地形、地貌越来越复杂。嘱病人执行任务时,搞好个人和环境卫生,本病为蜱虫传播感染,减少暴露于蜱虫的机会,酌情加强个人防护。如需要进入山林地区,必须穿紧袖口长衣长裤,以防蜱虫叮咬。

### 3 讨论

SFTSV 是我国新发现的一种病毒,早期的临床表现缺乏特异性,目前没有针对性的药物治疗及疫苗。通常以发热为初发症状,以血小板减少为主要临床表现,严重时会出现意识障碍、多脏器出血等,最终因呼吸衰竭、休克或弥漫性血管内凝血等死亡。由于医护人员对此病认识不足,易延误诊断。随着国人国内外活动及绿色旅游活动的增多,感染不典型病原体的几率增大。医务工作者应提高警惕,详细询问接触史,了解地方传染病的特点,不明原因发热,有可能感染新的、输入性传染病,应严密观察病情,尽早明确诊断,积极治疗,改善病人预后。

### 【参考文献】

- [1] 中华人民共和国卫生部. 发热伴血小板减少综合征防治指南[J]. 中华临床感染病杂志, 2011, 4(4): 193-194.
- [2] 陶文元, 陶 欣. 新型布尼亚病毒感染致发热伴血小板减少综合征 8 例报告[J]. 江苏大学学报医学版, 2011, 21(1): 91-92.
- [3] 张婷婷. 新型布尼亚病毒感染致发热伴血小板减少综合征病人的皮肤护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 28(7): 2393-2394.
- [4] 龙志国, 陈 菊, 汪 香, 等. 新型布尼亚病毒感染的治疗及护理[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(8): 704-705.

(2020-08-08 收稿, 2020-08-20 修回)