

表示:(1)现症感染;(2)既往感染;(3)感染了梅毒,梅毒螺旋体抗体终生阳性,不能作为治疗效果的指标。

所以,排除非梅毒螺旋体试验的生物学假阳性结果,为了确认非梅毒螺旋体试验的阳性结果,所有非梅毒螺旋体试验阳性标本必须用特异性梅毒螺旋体试验进行确证。

参考文献

[1] 郭兑山,宁平,方德强,等.梅毒螺旋体抗体 IgG ELISA 和 RPR 试验的比较[J].中国输血杂志,2001,14(2):88.
[2] 唐跃华,谢健敏,刘建辉.ELISA 检测梅毒螺旋体的临床应用评价[J].中华传染病杂志,2003,21(3):280-281.

[3] 于柏峰,林永前,刘冰.4 种梅毒血清学检测方法的实验室评价[J].中国热带医学,2003,3(10):825-827.
[4] 李金宇,张建萍.TRUST 测定结果与梅毒诊断关系的探讨[J].皮肤病与性病,2003,25(1):50-51.
[5] 万德胜,郑和香,姚换娟.3 种检测梅毒螺旋体血清学方法评估[J].中国热带医学,2003,3(1):75-76.
[6] 吴志华.现代性病学[M].广州:广东人民出版社,1996:84-89.

(收稿日期:2010-09-09)

狂犬病 14 例临床特征分析

安 艳,万乐平(四川省达县人民医院感染科 635000)

【关键词】 狂犬病; 病毒; 疫苗
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0508-02

狂犬病又名恐水症,是由狂犬病病毒所致的急性传染病,人畜共患,人多因兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。狂犬病是高度致死性传染病,病死率几乎达 100%。早期易误诊,尤其是儿童及咬伤不明确者。本院 2003 年至 2009 年 9 月共收治狂犬病 14 例,现将其临床特征分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 14 例患者均为 2003 年至 2009 年 9 月本院的住院患者,经结合其流行病学史、典型临床表现,与本地疾病预防控制中心工作人员共同作出临床诊断为狂犬病。
1.2 观察与分析要点 对所有患者的年龄、性别、职业、居住地、潜伏期、病程、感染途径、受伤部位及伤口处理情况和预防接种等一般资料、感染症状及实验室检查等资料进行分析。

2 结果

2.1 一般资料 14 例患者中男 10 例,女 4 例;年龄 13~72 岁;12 例为农民,2 例为学生;居住地均为乡村。潜伏期 13 d 至 6 个月,平均 2 个月。病程 3~6 d。1 例被家犬咬伤,1 例被家犬抓伤,12 例被野犬咬伤,其中 2 只野犬为病犬。受伤部位:面部受伤 2 例,手指受伤 1 例,下肢受伤 11 例。伤口处理情况:及时处理伤口者 2 例,12 例未作伤口处理。预防接种情况:1 例及时注射狂犬病疫苗及狂犬病免疫球蛋白,13 例未注射疫苗。
2.2 临床表现 所有患者均为狂躁型的临床表现。(1)前驱期:时间 1~4 d。低热 3 例,呕吐 6 例,乏力 3 例,恐惧不安者 3 例,对声、光、风刺激有咽喉部痉挛者 2 例,在已愈合的伤口及其神经支配区有痒、痛、蚁走感等异常感觉者 3 例。(2)兴奋期:时间 1~2 d。恐水 7 例,怕风 12 例(其中 5 例同时有恐水怕风表现),发作性咽肌痉挛 5 例,高热 3 例,大量流涎、大汗者 4 例,血压上升者 3 例,幻视者 1 例。(3)麻痹期:时间约半小时至半天。患者由安静进入昏迷,最后因呼吸循环衰竭死亡。
2.3 实验室检查 14 例患者的血常规检查见中性粒细胞计数均增高,其中 11 例白细胞总数轻、中度升高,3 例白细胞总数正常。

3 讨论

狂犬病毒自皮肤或黏膜破损处侵入体内,先在伤口的横纹

肌梭感受器神经纤维处聚集繁殖,再侵入附近末梢神经,沿神经的轴索向心性扩散,然后侵入脊髓和整个中枢神经系统,主要侵犯脑干及小脑等处的神经元。最后病毒由中枢系统向周围神经离心性扩散,侵入各组织与器官,尤以唾液腺、舌部味蕾等处病毒最多。由于迷走、舌咽及舌下神经末梢受损,临床上即出现恐水、吞咽困难、呼吸困难等症状,唾液分泌和出汗增多乃交感神经受刺激所致^[1]。
狂犬病早期由于症状不典型、病史不尽详实等原因,易致误诊。此 14 例患者中 1 例早期误诊为消化道疾病。其首发症状为上腹胀、恶心、呕吐,因其既往有反复上腹胀痛、反酸 4 年的病史,且首次病史采集时未提及犬抓伤史,故初步诊断为消化道疾病。患者于病程第 5 天(入院次日)出现恐水、怕风、烦躁症状,追问病史其提及有过犬抓伤史,临床诊断狂犬病即成立,患者于病程第 6 天死亡。
我国的狂犬病传染源主要是病犬,但部分地区健康犬带病毒率可达 17%以上。病犬、病猫等动物的唾液中含病毒量多,病毒可通过被咬伤的伤口、被病兽唾液玷污的眼结膜等处侵入人体。人对狂犬病毒普遍易感。我国狂犬病主要流行于农村及边远山区^[1]。但近年来城市中饲养犬、猫等动物者越来越多,故城市中犬、猫的免疫及犬只管理与边远山区的捕杀野犬具有同样重要的预防意义。
人被病犬咬伤后的平均发病率为 15%~20%(指未作预防注射者),发病与否与咬伤部位、创伤程度、局部处理情况、注射疫苗情况等因素有关。国内报道全程注射狂犬病疫苗后的发病率为 0.15%。预防接种对防止发病有肯定价值。早期迅速彻底的伤口处理也极为重要。对于犬等动物引起的暴露后三类损伤者在接种疫苗的同时或接种疫苗后 1 周内,建议尽快应用人狂犬病免疫球蛋白治疗^[2]。人狂犬病免疫球蛋白在接种疫苗 1 周内应用,不影响疫苗产生保护性抗体的免疫效果^[3],能迅速中和病毒,迅速保护伤者,延长狂犬病潜伏期,为疫苗的主动免疫争取大量的时间^[2]。

参考文献

[1] 陈灏珠.实用内科学(上册)[M].10 版.北京:人民卫生出

版社, 2006: 287-290.

[2] 王建伟, 傅小飞. 人狂犬病免疫球蛋白联合狂犬病疫苗对暴露后患者伤口愈合的影响[J]. 中华传染病杂志, 2009, 27(4): 493-494.

[3] 李根平, 王玉琳, 刘燕, 等. 人狂犬病免疫球蛋白的使用效果观察[J]. 微生物学免疫学进展, 2004, 32(1): 32-34.

(收稿日期: 2010-08-06)

小儿视网膜母细胞瘤的整体护理体会

胡金梅, 朱新枝(湖北医药学院附属人民医院眼科, 湖北十堰 442000)

【关键词】 视网膜母细胞瘤; 护理; 儿童

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 04. 083 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)04-0509-02

视网膜母细胞瘤(retinoblastoma, RB)是一种起源于视网膜神经上皮细胞的恶性肿瘤, 是婴幼儿最常见的眼内恶性肿瘤, 严重危害小儿视力和生命^[1]。手术治疗仍为目前大多数 RB 患儿采取的治疗方式^[2]。RB 治疗难度大, 患者绝大多数为小儿, 治疗及护理上往往得不到有效的配合。为提高治疗与护理效果, 现总结本院 21 例 RB 患儿的临床及护理资料, 讨论如下。

1 临床资料

收集 2005 年 1 月至 2010 年 1 月在本科行眼球摘除术的 RB 患儿 21 例。其中 2 例为双眼患病, 共 23 只眼。男性 13 例, 女性 8 例, 年龄 6 个月至 5 岁。就诊时病情: 眼内生长期 10 例(12 只眼); 青光眼期 6 例, 眼外蔓延期 5 例。21 例全部经眼底检查及玻璃体检查, 并全部行眼眶 MSCT 轴位平扫; CT 检查结果均示: 病眼内见斑点状、斑片状钙化灶, 所有病例术前诊断与术后病理诊断相符合。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 病房保持安静、整洁、舒适, 定时开窗通风, 让患儿有充足的睡眠, 营造家庭式病房的气氛, 检查患儿手指甲, 避免指甲过长抓伤皮肤和患眼, 指导家长合理添加辅食, 多给患儿吃水果、蔬菜、蛋白质等食物。保证营养供给。

2.1.2 心理护理 RB 患儿及家属心理比较复杂, 主要表现为心理负担过重, 如: 焦虑与担心、后悔与自责、怕羞与自卑及接受与无奈等心理^[3]。通过本组病例分析发现 RB 患儿的心理护理宜分为两部分进行, 即患儿的心理护理与家长的心理护理。二者应以家长为主, 患儿为辅, 这是由于患儿系特殊人群所决定的。对患儿的护理应依靠语言和非语言行为结合方式与之交流; 在语言功能尚未发育完善的情况下, 用语言与其直接沟通相对困难, 应经常巡视病房, 多运用非语言行为与患儿拉近距离, 传递一种爱, 让患儿尽可能消除对环境及医务人员的陌生感和恐惧感。对有自我意识的患儿, 能依据成人的教导来判断失误者, 应采用鼓励和夸奖的语言, 多给予肯定和积极的暗示, 鼓励其克服自卑心理。与患儿的心理相比, RB 患儿家长的心理负担更为严重, 这种心理负担往往以担忧、焦虑的情绪表现最为突出。父母与患儿接触最为密切, 他们的情绪很容易影响到患儿。因此应根据家长性别、文化程度和接受能力不同, 采取不同的方式与其沟通, 了解 RB 的危害性、治疗方式及手术摘除眼球的必要性。鼓励、支持患儿与家长表达内心感受, 以了解其压力原因和心理需求, 以便有针对性地对其心理进行更有效的护理。另外, 对较小的患儿, 尤其是不能与其用语言沟通者, 父母则是最佳的沟通桥梁。父母对患儿的心理护理往往比护理人员更为简单有效。本组有 3 例尚不完全具备

语言功能和 1 例 5 岁的患儿入院后极其不配合治疗与护理, 入院 2 d 后经过其家长的有效心理干预, 患儿均能够较好地积极配合治疗与护理, 使医护工作顺利进行, 故在对 RB 患儿的心理护理中, 家长的心理护理更为重要。

2.1.3 术前护理准备 术前协助完善常规检查; 常规使用 0.3% 妥布霉素眼药水滴眼 2~3 d, 4 次/天, 清洁结膜囊, 对不能配合治疗的患儿可将正确滴眼方法教会家长让家长为其滴眼或在患儿熟睡后由护理人员操作; 术前要求患儿禁食、禁饮 6~8 h, 以确保术中麻醉安全。

2.2 术后护理

2.2.3 术后 ICU 内的护理 患儿由手术室送入 ICU 后, 立即将患儿去枕平卧, 头偏向一侧, 观察呼吸道有无分泌物, 如有立即清除, 必要时吸痰, 以保持呼吸道通畅, 以防患儿窒息及吸入性肺炎等严重并发症发生。严密观测并记录患儿意识、体温、脉搏、呼吸及血氧饱和度, 对不会讲话的患儿, 护士要依据行为和生理变化进行连续仔细的观察并作出判断。给予低流量氧气吸入, 待患儿完全清醒 4~6 h 后进流质饮食。麻醉消失后手术创伤产生疼痛, 一般给予心理支持和讲故事, 有条件者可适量播放患儿喜欢的动画片音乐, 以降低机体对疼痛的感受性, 必要时遵医嘱应用止痛剂。对组织水肿引起眼眶压升高导致的疼痛, 手术当天给予冰敷, 以减轻结膜水肿。术后绷带不宜包扎过紧, 可在耳下的绷带处剪开 1~2 cm 以缓解疼痛, 减轻眼-心反应所致的疼痛^[4]。

2.2.4 术后病房内护理 患儿麻醉清醒且各项生命体征正常后, 经医生观察确认已度过危险期后可转入普通病房在家长的陪同下进行护理。此阶段的护理主要是术眼的护理及并发症的观察。术后采用绷带加压包扎患眼 7 d, 防止眼内出血及结膜水肿。随时观察敷料有无松动、脱位、污染、潮湿或过度压迫健眼和患侧耳朵。告知家长术眼包扎的目的及要气, 避免碰撞、揉擦术眼, 对患儿好动及因疼痛不适不配合的情况, 护理人员均告知家长并获得配合采用给予患儿双手适当制动的办法。术眼一般为术后 48 h 后第一次换药, 换药要遵守无菌操作, 动作轻柔。不必取出眼模, 注意观察结膜囊内结膜线是否在位或松动, 结膜囊内有无分泌物及其性状, 创口对合情况、结膜颜色、炎性反应程度, 眼睑能否闭合以及球结膜是否水肿、脱出等。使用抗生素眼液或生理盐水清洗结膜囊。以后每天换药 1 次, 7 d 拆除结膜缝线。

2.3 出院指导 出院后嘱患儿及家长注意眼部卫生, 按时滴用抗生素眼药水及涂眼膏。给予高热量、高蛋白、高维生素的食物, 以增强患儿体质。嘱术后 1 个月可考虑佩戴义眼片, 教会家长保持义眼和结膜的方法, 每晚用清水清洗义眼。如结膜囊分泌物多且有异味时, 应及时就诊。提醒家长注意患儿用眼