

小儿脑水肿 151 例原发病病种分析

李 洋

黑龙江中医药大学 150036

〔摘 要〕目的 对儿童脑水肿原发病病种进行全面分析。方法 随机抽取我院 151 例患者，通过不同年龄段对患者病种进行分析，其中原发疾病主要包括非感染性疾病和感染性疾病两种。结果 治愈 121 例，占 80.13%，存活并有后遗症 6 例，占 3.97%，死亡 24 例，占 15.89%，本文主要通过这些儿童脑水肿情况做出了全方位分析与讨论。结论 经过全面分析最后发现年龄越小的小儿患者病死率越高，近些年感染性脑水肿逐渐减少，而非感染性脑水肿逐渐增加，病死率逐渐下降。

〔关键词〕小儿脑水肿；原发疾病；诊断；治疗

〔中图分类号〕R748 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 10-043-02

随着社会的不断发展，我们发现小儿脑水肿患者病情越来越复杂，这需要专业的医疗技术进行治疗，在配合专业的护理才可能让小儿脑水肿得到康复，脑水肿之所以现在比较普遍，是因为小儿颅内疾病及感染性疾病是引起小儿脑水肿的主要病因，一旦脑水肿形成，那么病情发展十分迅速，很容易形成脑疝导致呼吸衰竭。这是小儿脑水肿的临床特点。我们对 2018 年 6 月—2019 年 6 月我院收治的 151 例小儿脑水肿临床资料进行原发病病种分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在所调查的小儿患者资料中，其中有男性 101 例，女性 50 例。1 岁以下 42 例，新生儿 1 到 3 岁 34 例，4 岁到 7 岁为 38 例，8 岁到 14 岁 37 例。原发病：感染性疾病 87 例，占 57.61%，非感染性疾病 64 例，占 42.35%，其分布情况见下表所示。

表 1：原发病病种发病情况表

感染性疾病 (87 例)			非感染性疾病 (64 例)		
名称	例数	百分比	名称	例数	百分比
重症肺炎	13	14.92%	缺血缺氧性脑病	6	9.37%
脑膜炎	50	57.47%	颅内出血	2	3.12%
中毒性脑病	7	8.04%	中毒	30	46.87%
乙脑	2	2.29%	闷热综合征	17	26.56%
中毒性菌痢	7	8.04%	癫痫持续状态	3	4.68%
Rey 综合征	5		脑囊虫病	6	9.37%
败血症	3				

1.2 治疗方法

1.2.1 根据小儿急性脑水肿治疗方法进行。我们首先要去除病因治疗和一般治疗，其中一半治疗主要包括：保持患者住院地方安静，保持休息地方呼吸通畅，注意维持血压、血糖、血清电解质，还采用边脱边补的方法并正规地使用脱水剂，而脱水剂一般主要以甘露醇、速尿、地塞米松为主。

1.2.2 小儿脑水肿常并发休克、呼衰、心衰、肾衰等，因而在治疗脑水肿的同时对合并症进行治疗，其中合并心衰 43 例采用西地兰，毒毛旋花子甙 K 强心。合并呼衰 6 例给予改善通气功能，面罩吸氧、氧流量 0.5—2.5L/min，水柱压力为 0.196—0.588kpa。肾衰 1 例给予慢脱慢补。126 例采用了维生素 B、C、辅酶 A 等能量合剂。43 例使用了胞二磷胆碱或脑

活素，以促进脑细胞功能恢复。

2 结果

经过对小儿水肿病例分析，我们统计如表 2 所示的内容，我们能够看出小儿脑水肿主要集中在小于 1 岁的儿童中，本组 151 例中治愈 121 例，占 80.13%，存活并有后遗症 6 例占 3.97%，死亡 24 例，占 15.89%。

表 2：死亡率与不同年龄的关系表

年龄	例数	死亡数
< 1 岁	42	12 (28.57%)
1—3 岁	34	6 (17.64%)
4—7 岁	38	3 (7.89%)
8—14 岁	37	3 (8.10%)
合计	151	24

3 讨论

经过行数的分析，我们看出目前年龄越小，其水中死亡率就越高，这是由于小儿在刚出生时身体还不够健全，很难治疗，在治疗过程中容易患病，导致医疗技术无法发挥最大的优势。而脱水疗法目前公认甘露醇、速尿、地塞米松是治疗小儿非外伤性急性脑水肿的首选药物。甘露醇和速尿合用有协同作用。又可减少甘露醇用量。速尿脱水同时导致低容量，脱水同时则先发生短暂的高血容量，继之又发生低容量均不利于脑微循环的稳定状态，故主张提出白蛋白或低分子右旋糖酐静注，使血液稀释，降低血粘度，使红细胞压积下降至 30%—40% (正常 45%) 对脑组织供血供氧最佳，白蛋白有与血液中的金属离子相结合。阻止它们脂质过氧化的催化作用，亦可直接与氧化剂发生反应，减少氧自由基对脑的损伤的作用。故我们将白蛋白和速尿一起应用，提高了治愈率。地塞米松是抗脑水肿长期治疗最有效最安全的制剂，与甘露醇合用起到相辅相成的作用。

我国制定的脑水肿诊断标准制定的十分实用、方便，根据主要指标一项，次要指标二项以上即可作出临床脑水肿的诊断，这时治疗起到积极的作用。由于小儿急性脑水肿、发病急、来势凶猛，大多数都是根据临床诊断而抢救，待病情缓解后才能做 CT、MIR 检查。对颅内感染性疾病如脑炎或脑膜炎在治疗不顺利或出现新的症状时，头颅 CT 或 MRI 均可发现颅内并发症。对预后和指导治疗有意义。

〔参考文献〕

(下转第 46 页)

不能躲避压迫,所以压力性损伤多发生于老年人。老年患者压力性损伤,特别是老年性巨大压力性损伤,不仅会延缓患者基础疾病的康复,而且还可能因继发感染而引发败血症,危及生命^[2]。

MEBO 内含丰富的职务甾醇、油酸、亚油酸等物质,能够为创面基底细胞提高充足的营养,并激活创面组织内的潜能再生细胞,使其转化为干细胞,且不断增值、分化为皮肤各层组织细胞,原位再生出具有正常生理功能的皮肤组织。其内所含的有效成分能促进血管内皮细胞再生,有效改善微循环,促进瘀滞组织的恢复^[3],尤其能够促进肉芽生长,改变苍白、水肿及老化等状况为红润和鲜活。另外,在应用 MEBO 治疗之前的彻底清创,也是保证创面生理性再生愈合的必要手段。因为创面的坏死组织是细菌生长的良好培养基,彻底清创不仅仅是清除坏死组织,更是抗感染的重要手段^[4]。

综上所述,本次临床观察较为客观地反映了 MEBO 促进老年患者压力性损伤创面肉芽生长的疗效,显示出 MEBO 显著促

进肉芽生长、改善创面微循环,使创面肉芽由苍白、水肿、老化、等变为红润、鲜活的作用机制,临床使用 8 周,未见任何不良反应,说明 MEBO 安全性较高。但限于病例有限,有待今后继续扩大样本进行疗效观察,进一步验证此治疗方法的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 易泽洪,黄亮,刘桃.应用 MEBT/MEBO 治疗颜面部皮肤擦挫伤体会[J].中国烧伤创疡杂志,2011,23(6):480-481.
- [2] 田素萍,曾洁,林彩虹等.伤口门诊联合家庭参与式护理在居家老年病人压疮治疗中的应用效果[J].护理研究,2015,(15):1871-1873.
- [3] 柴永萍,张爱凤,周晓东等.家庭护理访视在重症颅脑手术后老年病人中的应用[J].护理研究,2017,31(29):3753-3755.
- [4] 陈方凯,李晓辉,龚海粟,等.MEBT/MEBO 治疗慢性难愈性创面的临床疗效分析[J].中国烧伤疮疡杂志,2014,26(2):119-124.

(上接第 42 页)

变更姿势,操作便捷;第二,手术时间短,创伤小,恢复快;第三,供瓣区隐蔽性强,术后不会明显影响到供区,特别适合皮肤松弛老年患者;第四,术后皮瓣会慢慢变小,变得柔软光滑^[2]。在治疗当中,需要注意的是不可使用大型缺损,极易混合颈部淋巴转移的癌肿,要谨慎应用,会残留颌下、颌下淋巴,导致复发。

手术当中,皮瓣动脉比较固定,然而静脉会时常变化,所以,需要保护静脉,防止对静脉回流带去影响。在制作皮瓣当中,需要对血管蒂加以保护,防止血管受到损伤或引发血管痉挛,既而对皮瓣的存活造成影响^[3]。应当严格控制手术患者的适应证,主要适应证有口腔、颌面部肿瘤切除术后导致的组织缺损,同时淋巴结未发生转移。要以完全清除颈淋巴结作为条件,进行手术前评估,手术当中,如果发现存

在淋巴结且对血运带去影响,要马上停止制备皮瓣手术,采取应对措施。

本研究,观察组皮瓣成活率高于对照组($P < 0.05$)。观察组治疗总满意度高于对照组($P < 0.05$)。

总之,应用颌下岛状皮瓣治疗,可以较好修复口腔颌面部肿瘤患者术后的容貌,皮瓣成活率高。

[参考文献]

- [1] 遆云飞,林玉冲.探究颌下岛状皮瓣在口腔颌面部肿瘤治疗中的应用价值及对患者皮瓣成活情况的影响[J].现代诊断与治疗,2019,30(10):1726-1727.
- [2] 李明,刘真.颌下岛状皮瓣在口腔颌面部肿瘤治疗中的临床疗效观察[J].中国实用医药,2017,12(14):52-53.
- [3] 郭珍珍.颌下岛状皮瓣在口腔颌面部肿瘤治疗中的临床效果[J].中外医学研究,2017,15(01):116-118.

(上接第 43 页)

[1] 张华,邓毅,张培林.小儿急性脑水肿的临床诊断及防治[J].华夏医学,2007(06):1345-1346.

[2] 李启宇,黄秀群,贺丰,王晖,陈晓华,陈波亮,王雪英.高压氧治疗小儿急性脑水肿 62 例近期疗效观察[J].小儿急救医学,2004(01):42-43.

[3] 李德绘.小儿烧伤脑水肿 26 例治疗分析[J].广西医学,

2003(06):1006-1007.

[4] 张嘉,严刚,曹文德,葛茂星.小儿特重度烧伤并发脑水肿 60 例分析[J].云南医药,2002(05):374-375.

[5] 宋品莉,姜继明,任凤荣.小儿急性脑水肿 65 例临床特点[J].泰山医学院学报,2002(03):208.

[6] 俞燕.小儿感染性脑水肿的诊断、脱水疗法与液体疗法[J].现代实用医学,2002(09):503-506.

(上接第 44 页)

麻醉不仅利于确保手术治疗的顺利进行,而且也有利于保证患者的麻醉安全性。目前临床对股骨颈骨折手术病患的护理多为腰硬联合麻醉以及全身麻醉等两种,腰硬联合麻醉结合了腰麻、硬膜外麻醉,阻滞效果较好且麻醉起效速度较快。老年病患多合并其他合并症,如高血压、糖尿病等等。该种麻醉方式与全身麻醉相比麻醉平面更易控制,手术区阻滞效果也较为理想,不易影响血流动力学^[3]。在此次研究中对比较了以上两种麻醉应用于老年股骨颈骨折的效果,结果显示 A 组患者的不良反应发生几率明显低于 B 组,对比 VAS 评分、麻醉有效率,均显示 A 组优于对照组。可见腰硬联合麻醉效果优于全身麻醉效果。

综上所述,对老年股骨颈骨折手术病患而言实施腰硬联合麻醉所得效果优于全身麻醉,不良反应发生几率更低,术后疼痛程度更低,应用价值显著。

[参考资料]

- [1] 许玉军,陆振华.腰硬联合麻醉、全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术中的麻醉效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(21):32-34.
- [2] 胡庭,肖孝凤,胡朝.老年患者股骨颈骨折手术中腰硬联合麻醉和全身麻醉的效果[J].当代医学,2019,25(16):133-134.
- [3] 张立轩.老年患者股骨颈骨折手术应用腰硬联合麻醉和全身麻醉的临床分析[J].饮食保健,2019,6(6):38-39.