专业技术工作实例表

申报人：叶剑锋　　科室：儿科　　申报资格：主任医师　　申报专业：儿科学

小儿颅内感染

一、简要病史：

余某某，男，3岁 温州文成人。住院号93054。既往偶有枕后头痛史及鼻衄史。主诉：头痛、发热1天伴呕吐。患儿1天前放学后无明显诱因下出现头痛，阵发性，不甚剧，后脑为主，伴发热，体温达38.5℃左右，具体热型不详，昨伴呕吐2次，非喷射性，胃内容物，无咖啡样物及胆汁样物，无抽搐，无明显咳嗽，无喘息，无腹泻，无鼻塞流涕，故来院就诊，于2016.03.09门诊予拟“上呼吸道感染，颅内感染待排”收住入院。病来，神清，精神软，睡眠一般，胃纳一般，大小便如常，体重无明显增减。

查体：T37.9℃，P94bpm，R24bpm，BP85/52mmHg，Wt13kg。神清，精神软，颈软，浅表淋巴结未及肿大，双侧瞳孔等大等圆，大小约3*3mm，咽充血，两肺呼吸音清，未闻及啰音，心律齐，心音响，未闻及病理性杂音，腹软，肠鸣音无亢进，肝脾肋下未及，病理征阴性。于15点30左右频繁呕吐，呈喷射状，继而出现呼之不应，两眼凝视，面色发绀，四肢抽动。

二、治疗经过：

1、一般治疗：予特级护理，鼻导管吸氧，实时监测心率、血压、脉压、神志状态、心音等。

2、予“安定针3mg”静脉注射、“20%甘露醇30ml”半小时内快速静脉滴注。

3、完善相关辅助检查如三大常规、大生化、血气分析及电解质，急诊头颅CT，腰穿脑脊液常规及生化检查等。

4、16：00患儿抽搐缓解，呕吐好转，患儿嗜睡，双侧瞳孔等大等圆，大小约3*3mm，颈部稍抵抗，两肺呼吸音粗，未闻及啰音，律齐，未闻及杂音。腹软，病理征阴性。心电监护下饱和度94%，心率100次/分-130次/分。

5、16：30头颅CT示：无明显异常，脑脊液示：WBC25 x 10^6/L，蛋白阴性，糖、氯化物阴性。血气分析及电解质：钾 3.52 mmol/L；钠 132.2 mmol/L；氯 99.7 mmol/L；离子钙 1.16；PH值 7.36；二氧化碳分压 32 mmHg；氧饱和度 92 %；实际碱剩余 +2 mmol/L；结合病史，目前诊断：病毒性脑炎。医嘱给予“20%甘露醇注射液30mlivgtt q6h”降低颅内压，“4：1液100ml+病毒唑针130mg ivgttqd”抗感染。

三、转归：第2天患儿无呕吐，无抽搐，无咳嗽，无腹泻等。查体：T36.8℃，神清，精神稍软，颈软，浅表淋巴结未及肿大，双侧瞳孔等大等圆，对光反应存在，颈软，咽充血，两肺呼吸音清，未闻及啰音，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，肠鸣音无亢进，肝脾肋下未及，病理征阴性。查血常规+CRP示血红蛋白 125*g/L；白细胞 5.2*10^9/L；淋巴细胞百分比69.6*%；中性粒细胞百分比 33.1*%；血小板 122*10^9/L；C反应蛋白 <5.0；大生化：总胆红素 18.3 umol/L；直接胆红素 4.7 umol/L；总蛋白 77.9 g/L；白蛋白 52.2 g/L；丙氨酸氨基转移酶 27 U/L；门冬氨酸氨基转移酶 47 U/L；葡萄糖 6.06 mmol/L；肌酐 35 umol/L；钾 4.14 mmol/L；病情好转，停吸氧及心电监护。第3-4天渐停20%甘露醇。第8天予出院。

四、本人作用：病毒性脑炎的临床表现形式多样，轻重不一，容易误诊，故小儿呼吸道感染时有头痛，呕吐，精神差时，需高度警惕此病，一旦小儿出现发热，呕吐或抽搐，患此病可能就更大。当患儿出现喷射性呕吐时，可能已出现颅内高压等症状，需及时警惕。本人针对该患儿予安定针止惊，甘露醇快速静滴减低颅内压，合理检查排除其它疾病，处理及时、合理、有效，减少并发症的发生。

本人签名：　　年　　月　　日

科室审查意见	单 位 意 见
科主任签名： 年　　月　　日	负责人签名： 年　　月　　日（盖章）

注：填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术（科研）问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实，一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献，字数不少于1000字。每页填写1例，共填写5例。