

急诊重症肺炎并发感染性休克的临床治疗及护理措施

魏晓兰(四川省遂宁市中心医院 629000)

【摘要】 目的 探讨急诊重症肺炎并发感染性休克的临床治疗及护理措施。**方法** 该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 86 例重症肺炎并发感染性休克患者。**结果** 86 例患者中 58 例抢救成功,成功率 67.44%。28 例患者病死,病死率 32.56%。其中器官受累个数大于或等于 3 个、有慢性阻塞性肺病(COPD)、肺叶受累数量大于或等于 3 个、有消化道出血、营养状况一般的患者的病死率均显著高于器官受累数量为 1~2 个、无 COPD、肺叶受累数量为 1~2 个、无消化道出血、营养状况好的患者,差异有统计学意义($P<0.05$),但未用机械通气和机械通气的患者的病死率之间差异无统计学意义($P>0.05$)。重症肺炎并发感染性休克患者病死的独立危险因素包括营养不充分、器官受累数量大于或等于 3 个($P<0.05$),不包括有消化道出血($P>0.05$)。**结论** 临床应对急诊重症肺炎并发感染性休克患者进行早诊断早治疗,并做全面细致的护理,可显著降低病死率,有效改善预后。

【关键词】 急诊重症肺炎; 感染性休克; 临床分析; 护理措施
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)11-1643-03

重症肺炎并发感染性休克是内科的常见急症,肺炎双球菌是感染的主要病原菌。通常情况下患者发病速度快、病情较危重,严重威胁生命安全^[1]。现对 86 例重症肺炎并发感染性休克患者的临床资料进行统计分析,探讨其临床治疗及护理措施。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2012 年 3 月至 2014 年 3 月该院收治的重症肺炎并发感染性休克患者 86 例,男 68 例,女 18 例,年龄 53~76 岁,平均年龄(60.28±3.11)岁;发病时间为 2~4 个月 44 例,5~6 个月 42 例;临床症状为发热 64 例,咳嗽 68 例,痰液为铁锈色或血性 46 例,胸痛 32 例。所有患者均有一定程度的脸色苍白、烦躁等表现,实验室检查显示白细胞和中性粒细胞均有升高,分别为(15~30)×10⁹/L 和 75%~90%,影像学检查提示 82 例有大片状阴影。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法 患者发病时间为冬春季节,年龄大于或等于 40 岁为休克型肺炎;患者具有极高或极低体温、淡漠情感、烦躁情绪、苍白面色、冷凉四肢但出汗、较高心率(120 次/分),多次测量均较低血压,实验室检查白细胞较高,则应早期对患者进行影像学检查,并进行准确诊断。

1.2.2 治疗方法 将患者 2 条静脉通道常规建立,首先对盐溶液进行有效平衡,然后葡萄糖平衡。如果患者的微小动脉、微静脉等在早期处于收缩状态,血压和心率分别在 50/40 mm Hg 以下、120 次/分以上,细弱脉搏、湿冷皮肤、陷闭的表浅血管,尿量较少,严重时无尿,具有躁动情绪或处于昏迷状态,则应考虑其为冷型休克,需要对患者进行充分补液,然后给予其适当的血管扩张药物,同时有效调节患者的酸碱平衡,让其吸

氧,必要情况时应用肝素、强心剂等。如果患者微血管扩张、外周阻力和血压较低、心率较高,血压和心率分别在 80/50 mm Hg 以下、100 次/分以上,皮肤温暖和表情淡漠,则应考虑其为温型休克,应对患者进行充分补液,适当使用缩血管物质。如果难以检测患者的血压和心率,且患者皮肤冰冷,无尿,处于深度昏迷状态,通常情况下很难对其进行有效治疗,则应该对患者的血容量进行有效补充,同时给予大量山莨菪碱、激素等治疗。由于患者疾病进展较急、病情发展迅速,因此早期只能依据患者的病史、临床表现等,并对其进行相关辅助检查,有效判断致病菌,然后依据临床经验将相应的抗菌药物对患者进行及时治疗。由于休克患者的肾功能可能受到了一定程度的影响,因此应该尽可能地联合应用第 3 代头孢类抗菌药物和青霉素,待患者病情稳定后,根据细菌培养结果对其治疗方案进行适时的调整。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析,使用率表示计数资料,应用 χ^2 检验作计数资料比较。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 86 例患者病死单因素分析 86 例患者中 58 例抢救成功,成功率 67.44%。28 例病死,病死率 32.56%。器官受累个数大于或等于 3 个、有慢性阻塞性肺病(COPD)、肺叶受累数量大于或等于 3 个、有消化道出血、营养状况一般的患者病死率均显著高于器官受累数量为 1~2 个、无 COPD、肺叶受累数量为 1~2 个、无消化道出血、营养状况好的患者,差异有统计学意义($P<0.05$),但未用机械通气和机械通气的患者的病死率差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 86 例患者病死单因素分析[n(%)]

项目	类别	<i>n</i>	成功率	病死率	χ^2	<i>P</i>
器官受累数量	1~2 个	36	25(69.44)	11(30.56)	7.156	0.035
	≥3 个	50	33(66.00)	17(34.00)		
COPD	有	64	45(70.31)	19(29.69)	8.215	0.026
	无	22	13(59.09)	9(40.91)		
肺叶受累数量	1~2 个	70	50(71.43)	20(28.57)	8.374	0.023
	≥3 个	16	8(50.00)	8(50.00)		

续表 1 86 例患者病死单因素分析[n(%)]

项目	类别	n	成功率	病死率	χ^2	P
消化道出血	有	23	11(47.83)	12(52.17)	8.259	0.025
	无	63	47(74.60)	16(25.40)		
营养状况	一般	61	40(65.57)	21(34.43)	7.782	0.030
	好	25	18(72.00)	7(28.00)		
机械通气	无	44	29(65.91)	15(34.09)	1.054	0.712
	有	42	29(69.05)	13(30.95)		

2.2 86 例患者病死危险因素 Logistic 多因素分析 患者病死独立危险因素包括营养不充分、器官受累数量大于或等于 3 个($P<0.05$),不包括有消化道出血($P>0.05$)。见表 2。

表 2 86 例患者病死危险因素 Logistic 多因素分析

项目	回归系数	标准误	OR	95%CI	P
有消化道出血	0.947	0.642	2.157	0.610~7.482	0.153
营养不充分	1.388	0.471	3.915	1.533~9.154	0.010
器官受累数量大于或等于 3 个	1.142	0.455	3.120	1.243~8.023	0.019

3 讨 论

3.1 临床分析 重症肺炎并发感染性休克又称中毒性肺炎,是肺炎类型中最严重的,各个年龄段人群均可发生,但是由于老年人各组织器官功能随着年龄的增长而发生退行性病变,且合并基础疾病,机体抵抗力较低,更易感染^[2]。早期对患者进行准确的诊断和科学合理的治疗,同时密切观察患者的病情,实施各项护理操作的过程中坚持快准稳原则^[3-5]。本研究结果表明,器官受累个数大于或等于 3 个、有 COPD、肺叶受累数量大于或等于 3 个、有消化道出血、营养状况一般的患者的病死率均显著高于器官受累数量为 1~2 个、无 COPD、肺叶受累数量为 1~2 个、无消化道出血、营养状况好的患者,差异有统计学意义($P<0.05$),但未用机械通气和在使用机械通气的患者的病死率差异无统计学意义($P>0.05$)。患者病死的独立危险因素包括营养不充分、器官受累数量大于或等于 3 个($P<0.05$),不包括有消化道出血($P>0.05$),说明患者受营养和器官受累数量的直接影响,因此临床应重视这 2 个因素,给予患者科学合理的治疗和全面细致的护理,从而达到降低病死率和改善预后。

3.2 护理措施

3.2.1 病情观察 (1)将患者的床头抬高 30°,帮助患者定期翻身,并为其拍背,如果患者处于昏迷状态,则让其头向一侧偏。(2)进行血常规、细菌学监测、心电图等辅助检查,对患者全身情况充分了解,对检查结果进行详细记录,同时对患者的体温进行定时测量,并对其意识变化进行密切观察^[6]。

3.2.2 基础护理 对患者的呼吸快慢、节律等进行密切的观察,如呼吸困难,则低流量吸氧,提高血氧饱和度,有效改善呼吸,减轻心脏负担。实时调整环境,使温度和湿度分别为 22~24℃和 50%~60%,空气流通。注意保暖,避免着凉。尽可能使患者保持安静,对各种突发性噪音进行有效的避免^[7]。督促患者保持口腔清洁,定期进行口腔护理,每天 4 次,依据患者的实际需求对其吸痰,保持气道通畅。对患者的痰液颜色等的变化进行密切观察。

3.2.3 补充血容量及输液护理 治疗中要以较快的速度扩容,并对患者的酸碱平衡进行有效的纠正。临床应该集中、足量、广谱等应用抗感染药物,促进血中抗菌浓度的显著提高,控制感染。对尿量严密观察,如在 30 mL/h 以下,且呈逐渐减少趋势,提示缺乏足够血容量,应尽快补液。如尿量在 30 mL/h 以上,提示有足够血容量,但还需继续进行严密观察^[8]。也要对心率、血压等进行观察,保持血容量始终处于补足状态,同时保证组织灌注得到切实有效的改善。

3.2.4 积极抗感染 遵医嘱让患者及时服用抗菌药物,监测疗效和不良反应。按时雾化排痰,保持呼吸道通常。做好皮肤和口腔的护理,防止新的感染。如果患者的一些部位有创面,按时为其换药,为早期愈合提供良好的前提条件^[9]。

3.2.5 心理护理 患者在接受完大量的抢救治疗及监护后不可避免会产生恐惧感,尤其年龄较大者,病程较长更易产生悲观失望等不良情绪,失去治疗信心。同时对经济、预后等顾虑,患者还极易产生忧虑。临床护理人员应该将病房情况、治疗和护理操作的目的、配合要点等主动介绍给患者,将疾病好转的所有指标告诉患者,同时将疾病相关知识详细讲解,积极主动安慰和鼓励患者,耐心倾听其内心感受,掌握患者心理状况,把握时机改善心理环境,使患者的情绪始终处于稳定健康状态,促进患者积极主动地配合临床治疗和护理工作。

3.2.6 健康指导 和一般重症肺炎比较,急重重症肺炎并发感染性休克患者由于感染更复杂,且病灶、菌种较多,抗菌治疗更困难,因此危险性更大。临床护理人员应该对患者的病情变化密切观察,保持高度急救,熟练掌握护理操作技术,最短时间内对病情有效控制,赢得抢救时机^[10]。对患者进行健康指导,将相关疾病告知患者,使患者避免诱因。

综上所述,急重重症肺炎并发感染性休克具有较高的病死率,临床应对其早诊断早治疗,并对患者进行全面细致的护理,从而显著降低病死率,改善预后。

参考文献

[1] 赵丽,李杰,尹月秋,等.感染性休克患者急诊规范化治疗 191 例临床分析[J].中华感染病杂志,2013,31(16):1618-1620.

[2] 杜芳,黄英,舒畅,等.小儿重症腺病毒肺炎混合感染及高危因素分析[J].中国当代儿科杂志,2013,15(5):375-378.

[3] 管晓晓,颜默磊.综合性护理干预对重症监护病房感染性休克患者治疗效果的影响[J].中国现代医生,2014,12(3):90-93.

[4] 方丽君,李秀文.微造瘘经皮肾镜碎石术后合并感染性休克的临床分析及护理对策[J].中国现代医生,2014,12

- (3):92-94.
- [5] 王建伍. 醒脑静联合血必净治疗感染性休克临床疗效观察及作用机制分析[J]. 亚太传统医药, 2014, 10 (4): 127-128.
- [6] 吴新军, 何立东, 孙小勇. 感染性休克患者临床流行病学分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(6): 1378-1380.
- [7] 雷涌, 江利黎, 陈萍. ICU 感染性休克病死危险因素及相应的临床治疗措施分析[J]. 中国医学创新, 2013, 8(3): 41-43.
- [8] 徐蕾, 周焕荣. 急诊重症肺炎并发感染性休克的临床分析及护理对策[J]. 检验医学与临床, 2014, 10(10): 1430-1431.
- [9] 卢杰, 卢珍, 何颖. 等. 肺炎链球菌重组蛋白 ELISA 检测方法的研究进展[J]. 检验医学与临床, 2012, 8(23): 228-229.
- [10] Sin JW, Tsu TY, Shun CC, et al. Pelvic primary pyomyositis complicated by septic pulmonary embolism and shock in a young adult[J]. J Med Sci, 2014, 4(2): 88-90.
- (收稿日期: 2014-12-18 修回日期: 2015-02-12)

针对性护理干预对全麻腹腔胃肠道手术后肠功能恢复的研究

周道琴(重庆市九龙坡区第一人民医院胃肠胸外科 404000)

【摘要】 目的 探讨针对性护理干预对全麻腹腔胃肠道手术后肠功能恢复的影响。**方法** 2012 年 3 月至 2013 年 3 月该院接受全麻状态下腹腔胃肠道手术患者 110 例, 采用数字法随机分成观察组和对照组, 各 55 例。对照组予以常规临床护理措施, 观察组在此基础上实施针对性护理干预。比较 2 组患者手术后肠功能恢复情况、手术前后腹胀程度评分与睡眠评分、护理满意度。**结果** 观察组患者肠鸣音恢复时间、排气时间、首次排便时间以及住院时间均显著少于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后的腹胀程度评分与睡眠评分均显著低于治疗前以及对对照组治疗后, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。观察组患者对护理工作的满意率显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 全麻腹腔胃肠手术患者实施针对性护理干预, 对其术后肠功能的恢复具有临床意义。

【关键词】 针对性护理; 全麻; 腹腔胃肠道手术; 肠功能恢复; 影响分析
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)11-1645-03

全麻腹腔胃肠道进行临床手术的患者, 可能存在较为严重的并发症, 予以相应的护理措施显得尤为重要^[1]。有研究报道, 常规用于临床围术期的护理内容虽具有一定效果, 但对于并发症的预防效果相对较差, 针对性护理干预则可较好地弥补^[2]。现探讨针对性护理措施对于全麻腹腔胃肠道手术患者手术后的肠功能恢复情况, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 3 月至 2013 年 3 月该院接受全麻腹腔胃肠道手术患者 110 例, 男 67 例, 女 43 例。年龄 22~68 岁, 平均年龄(58.5 ± 3.3)岁。其中胃大部切除术 53 例, 胃穿孔修补术 19 例, 肠粘连松解术 18 例, 肠切除术 20 例。采用数字法随机分成观察组和对照组, 各 55 例。观察组患者男 35 例, 女 20 例。年龄 22~65 岁, 平均年龄(57.4 ± 2.9)岁。胃大部切除术 25 例, 胃穿孔修补术 9 例, 肠粘连松解术 10 例, 肠切除术 11 例。对照组患者男 32 例, 女 23 例。年龄 25~68 岁, 平均年龄(58.3 ± 2.7)岁。胃大部切除术 28 例, 胃穿孔修补术 10 例, 肠粘连松解术 8 例, 肠切除术 9 例。2 组患者的性别、年龄、手术类型等一般资料比较, 差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 研究方法 对照组予以常规临床护理措施, 包含症状监测、用药护理等内容。观察组在此基础上实施针对性护理干预。

1.2.1 心理护理 患者入院后 24 h 内实施心理疏导, 重点评估患者心理状况, 与其沟通并充分了解其需求及感受, 针对性地予以解释。详细介绍手术过程中的知识, 缓解心理压力, 促使患者保持一个良好的心理状态, 帮助其树立意志和信心。同

时明确告知手术的必要性及安全性, 讲解术后可能出现的胃肠道反应和功能恢复的过程, 从而调动患者的主观能动性, 提高治疗依从性。

1.2.2 健康宣传教育 为患者在手术前和手术后 24 h 重点宣教呼吸和有效的咳嗽咯痰等训练, 及术后护理基本知识。宣讲术后早期应进行的活动方式和重要性, 如可以增加肠蠕动, 促使肛门排气和排便提前, 降低肠粘连并发症。

1.2.3 体位护理 麻醉未清醒的患者, 应先去枕平卧, 使患者头偏向一侧, 避免呕吐而造成误吸。手术后 6 h 待患者清醒且生命体征稳定之后, 予以半坐卧位, 此举可使腹腔的渗出液进入盆腔, 局限感染部位, 避免感染往上蔓延而导致膈下脓肿。腹部手术之后要求患者保持半左卧位能够降低手术缝合切口的张力, 利于疼痛的缓解及切口愈合。

1.2.4 饮食护理 手术前依照患者的营养状况由护理人员指导进食一些高热量和高蛋白以及低脂饮食。避免食用辛辣和刺激性食物, 予以充足营养, 确保机体能够储备足够热量, 从而增加手术耐受能力。术后在患者胃肠功能得到恢复之后即可遵医嘱进食, 第 1 天可进约 50~80 mL 的流质饮食; 第 2 天 100~150 mL 的流质饮食, 第 3 天可进软食, 然后根据患者自身恢复情况逐渐调整饮食计划, 严禁食用牛奶、豆浆以及甜食和油腻性食物等。

1.2.5 功能锻炼 手术后 6~24 h 可进行床上运动, 护理人员需指导患者进行四肢的伸展运动和抬臀运动, 并协助患者在床上翻身。手术后 24~72 h 可下床活动, 护理人员应在床旁指导患者的首次下床活动, 并加以鼓励。手术后 72 h 应逐渐提高患者运动强度, 将患者可站立完成各类活动, 逐渐增加步