



• 临床护理 •

一例大面积软组织缺损感染伴脓毒性休克成功救治的护理

项梁玉 (浙江大学附属医院第二医院 310006)

关键词: 大面积软组织缺损 脓毒性休克 护理

中图分类号: R473.75

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 01-274-02

车祸引起软组织大面积损伤的患者, 多伴有重要脏器损伤以及大量失血, 且常发生休克危及生命。急诊以抢救生命, 控制出血, 救治重要脏器为主。修复软组织缺损常被延后, 早期清创后缝合其皮内及皮下组织有不同程度的血供障碍, 广泛的血栓, 皮下脂肪组织继发血供障碍, 溶解、液化和坏死, 进一步加重组织的坏死和缺损^[1], 创面组织感染可能会引起脓毒症。脓毒性休克指脓毒性患者尽管充分的液体复苏仍存在持续的低血压, 需要用升压药维持 MAP 在 65mmHg 以上, 血乳酸在 2mmol/L 以上, 符合这一标准临床病死率超过 40%^[2]。2016 年 8 月, 我科收治一例大面积软组织缺损感染伴脓毒性休克, 现将护理报告如下。

1 病历简介

患者, 男, 19 岁, 因“车祸致全身多处疼痛 15 天”于 2016 年 8 月 22 日入院。15 天前骑电动车时与工程车相撞, 全身多处碾压伤, 当时神志清, 全身疼痛, 呼吸急促, 送至当地医院, 行右手、右腕毁损清创 + VSD 引流 + 膀胱造瘘 + 乙状结肠造瘘术 + 腹腔引流术 + 会阴部清创缝合术 + 骨盆多发骨折外固定支架固定 + 右侧股骨骨折外固定 + 双下肢挫伤清创包扎术, 经十多天治疗后, 患者创面仍感染严重, 于 8 月 22 日收入我科监护室治疗。入院查体: 脉搏 150 次/分, 呼吸 15 次/分, 去甲肾上腺素泵使用下血压: 125/54mmHg, 体温 38.9℃。患者浅昏迷, 口插管接呼吸机使用, 双侧瞳孔等大, 对光反应灵敏, 腹部可见膀胱造瘘、结肠造瘘、盆腔留置引流管, 右上肢留置 VSD 引流管, 创面可见绿色脓性物, 伴有恶臭。8 月 21 日当地 VSD 引流液培养示铜绿假单胞菌感染, 有急诊清创指征。入我科当天急诊行“双侧大腿及臀部清创 + VSD 更换术”。术后予机械通气, CRRT, 抗感染, 每日换药、各脏器支持等治疗。患者病情基本稳定后, 于 10 月 24 日行右髋关节离断术, 11 月 20 日转监护后病房治疗, 于 2017 年 1 月 7 日转康复科病房治疗, 2 月 14 日康复出院。

2 护理

2.1 气道的护理

患者于 8 月 24 日气管切开, 接呼吸机辅助通气。机械通气可增加患者呼吸机相关性肺炎 (VAP) 的发生率。引起 VAP 的致病菌多为口腔定植菌。因此, 口腔护理作为日常护理的一部分, 对于重症患者特别是机械通气患者显得更为重要^[3]。每天 Q6H 做口腔护理, 同时观察口腔黏膜有无异常。抬高床头 30-45 度, 能够在一定程度上避免呼吸机相关性肺炎的发生, 有助于强化患者的通气功能, 避免发生呕吐、误吸现象^[4]; 保持气道的通畅, 及时清除气道分泌物, 同时观察性状。每两小时翻身叩背, 鼓励患者深呼吸, 有效咳嗽。于 9 月 15 日脱机, 予气切口吸氧, 患者未发生呼吸机相关性肺炎。

2.2 循环的护理

维持中心静脉压 8-12mmHg; MAP $\geq$ 65mmHg; 尿量 $\geq$ 0.5ml/kg/h。按医嘱予去甲肾上腺素使用, 药名标记正确, 提前更换, 根据血压的变化调整药物剂量, 确保给药的准确性、连续性和稳定性。最好需深静脉置管单独通路泵入。建议在使用去甲肾上腺素微泵推注时, 当药量不足 5ml 时, 就提前

换泵, 且确定下一组去甲肾上腺素泵开启并即将滴出一滴药液时, 同时立即将原先微泵的延长管连接到要上的这组微泵上。这样可以最大限度的确保给药的连续性。患者入院 5 天后, 血压相对稳定, 予停用血管活性药物。由于脓毒症对心脏的毒性作用, 以及患者体温高, 心率持续波动在 110-150 次/分。治疗 20 天后, 患者心率仍有偏快, 医生予合贝爽 10mg 微泵静推使用。注意心率偏慢时, 要停止使用。观察尿量: 尿量是休克的敏感指标, 每小时记录尿量。做好液体管理, 根据 CVP 值, 尿量, 血压调整输液速度。

2.3 CRRT 的护理

脓毒血症患者应用 CRRT 治疗能够获得较稳定的血流动力学, 体液能够始终保持平衡状态, 有利于后期的营养供给和支持治疗, 有效纠正电解质紊乱酸中毒等症, 进一步促使 BUN、Cr 水平降低^[5-6]。目前 CRRT 仍是治疗脓毒症合并急性肾损伤有效及可靠方法之一^[7]。入院当晚尿量少, 予床边 CRRT 治疗。定时监测血气分析、凝血谱、肾功能、电解质, 严密监测患者的意识、体温、尿量、血流动力学等变化, 详细记录出入量, 并每小时观察和记录 CRRT 机器设置的参数, 以及动态变化的值。根据凝血功能调整肝素钠用量, 治疗过程中严密观察有无出血现象。患者于 9 月 5 日, 尿量、血肌酐和尿素氮较前改善, 予停用 CRRT 治疗。CRRT 治疗期间, 患者未出现出血现象。

2.4 营养的支持

研究均发现, 早期 24-48h 进行肠内营养可维持肠道黏膜完整性, 并防止细菌移位和器官功能障碍。患者于入我科第二天予留置鼻肠管。床边胸片确认位置后, 第三天予鼻饲肠内营养液。每班评估鼻肠管刻度, 并妥善固定。肠内营养液经鼻饲泵匀速缓慢泵入, 每 4 小时用温开水定时冲洗鼻肠管, 以防止堵管。患者 8 月 30 日出现腹胀明显, 结肠造口引出大便少, 患者主诉感腹痛, 查腹部 CT, 考虑麻痹性肠梗阻, 予停肠内营养液, 并胃肠减压, 鼻饲大黄的粉, 水果糖口服液, 西甲硅油缓解腹胀。并使用生长抑素抑制消化酶的分泌, 缓解肠道水肿。并加用静脉营养液支持, 注意血糖的监测, 维持血糖 8-10mmol/L。大便通畅后, 于 9 月 12 日, 停静脉营养改肠内营养。

2.5 换药的护理

因为患者皮肤受损面积大且感染严重, 耗时较长。入院当晚清创 + VSD 术后, 考虑血小板低, 易出血。予停 VSD 负压吸引, 予第二天床边换药。换药前吸一次痰, 尽量避免在换药的过程中吸痰, 以免污染气道。以及尽量避免其它无菌的操作在换药的过程中同时进行。换药前物品的准备, 建议列好换药所需物品的清单, 核查物品齐全后开始换药, 以便缩短换药时间和保证换药正常进行。遵医嘱使用镇痛药, 缓解患者换药的疼痛不适。除了配合医生换药, 同时要关注病人的生命体征的监测, 以及各置管的安全护理, 防止翻身换药时, 管道牵拉滑出。创面培养提示有绿脓杆菌, 创面加用了磺胺米隆湿敷。要关注血气分析结果, 防止酸中毒。观察敷料渗液情况。



2.6 腹内压的监测

腹内压的高低能够直接准确的反映病人病情的严重程度。准确测压,减少误差。测压前评估膀胱功能,膀胱内压监测必须在膀胱功能正常时有效。评估有无腹带和棉被压迫腹部。避免患者咳嗽、躁动等引起膀胱内压假性升高。每次测定腹内压都要对压力传感器重新调零。患者腹内压基本在5-15mmHg,未出现腹腔间隙综合征。

2.7 感染的控制

患者8月22日创面培养,提示有铜绿假单胞菌感染。除遵医嘱合理使用抗菌药,每日创面换药外,加强手卫生和无菌操作尤为重要。加强洗手、手卫生消毒是减少医院感染最方便、简单、有效的方法^[8]。床边放置快速手消毒液。做好隔离标识,单间安置病人,防止交叉感染。正确的标本采集,不但能提高检验的阳性率,而且能辅助医生作出正确诊断,以减轻病人的痛苦和经济负担、减少医疗资源的浪费^[9]。每天评估各置管适应症,不必要及时拔除。周围环境进行有效消毒保护,每天消毒湿巾擦拭床栏和所用仪器。患者物品专用,尽量减少探视。同时做好膀胱造瘘和结肠造口的护理,这两者的位置离患者臀部大腿的创面都很近,避免相互感染。除注意观察造瘘口肠黏膜的血液循环,肠造口有无回缩、出血及坏死外,还要关注造口袋有无脱开现象,避免大便污染创面和膀胱造瘘管。本患者有创置管的培养和血培养均为阴性。

2.8 心理护理

监护室的对象是危重患者,患者处于不能自理的状态,又无家属的陪伴,应给予全面的系统护理,满足患者基本需求,尽量减少因监护仪器及各种管路给患者带来的不适,使患者体位舒适,做治疗护理时做好解释和沟通,保护隐私。

3 小结

大面积软组织缺损感染伴脓毒症休克,病情危重。护理人员要充分了解患者的病情特点并掌握监护要点,配合医生积极控制感染源,做好液体管理,各脏器功能支持和观察。严格执行无菌操作和手卫生,做好消毒隔离的措施。同时做好患者的基础和心理护理,为患者早日康复争取时间。

参考文献

- [1] 段建青,蔡理忠.大面积皮肤撕脱伤治疗体会[J].临床医学,2005,25(1):64-65.
- [2] 欧洲危重病医学会(ESICM, European Society of Intensive Care Medicine) [S]. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10
- [3] 李峰.强化口腔护理对ICU机械通气呼吸机相关性肺炎的影响[N]. 郑州大学学报(医学版) 2011年7月第46卷第4期
- [4] 冯建堂.品管圈活动对提高医院ICU护士床头抬高依从性中应用[J].医学信息,2014,14(22):773-774,786
- [5] 冯超.连续性血液净化治疗脓毒症合并急性肾损伤应用价值分析[J].黑龙江医学,2014,38(10):1183-1184.
- [6] 董衍臻.不同时连续性肾脏替代治疗(CRRT)对脓毒症患者的影响[D].山东中医药大学,2012.
- [7] 黄昭,王思荣,刘继云.血液灌流治疗对脓毒症急性肾损伤患者炎症因子的清除及肾脏保护作用[J].中华急诊医学杂志,2011,20(1):60-64.
- [8] 李庆虹,戚扬,赫兢,等.医务人员手卫生管理[J].中国卫生检验杂志,2009,19(2):453-456.
- [9] 李春芳.浅谈血标本采集在血培养中的重要性[J].哈尔滨医药,1001-8131(2008)06-0038-01

(上接第272页)

有关研究表明^[5],通过对患者开展高品质护理干预措施,可显著提高患者的护理服务质量,增进护理人员和患者之间的关系,有效的改善患者的护理服务,对晚期肿瘤患者开展安宁护理干预,对患者进行心理护理,了解患者心理状况的同时疏通患者的不良情绪,对患者进行疼痛护理,给予患者适量的镇痛药物。对患者开展饮食护理干预,依照营养学相关标准,给予患者制定科学合理的饮食方案,可结合适当的体育运动。

表3:生活质量改善评分 $[\bar{x} \pm s]$

组别	例数	整体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	躯体功能
Y组	15	59.3±7.8	68.6±6.2	60.4±6.4	59.8±6.9	63.6±6.8
X组	15	40.2±4.3	50.2±4.3	40.2±4.5	44.3±4.7	41.2±4.6

注:与X组相比, $P<0.05$ 。

参考文献

- [1] 张育红.晚期肿瘤患者安宁护理实施对策研究[J].中国伤残医学,2016,24(8):130-130.
- [2] 屈文克.晚期肿瘤患者的护理体会[J].中国实用医药,2015,10(24):225-226.

(上接第273页)

临床上通过采用健康宣教以及护理干预,能够提高患者的耐受力和依从性,在一定程度上确保检查的顺利进行。

结语:

总而言之,通过采取健康宣教以及护理干预,不仅能够缩短检查操作时间,同时,还能够提高电子支气管镜检查患者的护理满意度,

参考文献

结合上述研究,给予晚期肿瘤患者开展安宁护理干预措施,患者的生活质量改善显著,护理满意度有所提高,心理状况改善较好,值得临床借鉴。

表2:SDS、SAS评分 $[\bar{x} \pm s]$

组别	例数	SDS 评分	SAS 评分
Y组	15	31.66±6.56	30.26±5.89
X组	15	42.89±6.76	40.29±6.63

注:与X组相比, $P<0.05$ 。

- [3] 白丽芳.晚期肿瘤患者的临终护理体会[J].中国保健营养(上旬刊),2013,23(9):5060-5061.

- [4] 吴凤娟.临终关怀对终末期肿瘤患者生活质量的改善[J].护士进修杂志,2016,31(12):1137-1140.

- [5] 姚梅梅,周丽凤,王欣国,等.舒缓疗护在社区居家晚期肿瘤病人中的应用[J].护理研究,2016,30(20):2477-2479.

- [1] 金玲.电子支气管镜检查术应用全程护理干预的分析[J].中国医药指南,2016,14(7):240-241.

- [2] 关爱灵,陆晓明,徐布仁巴依尔.护理干预对纤维支气管镜下喉部肿物活检效果的探讨[J].内蒙古医学杂志,2015,47(5):624-625.

- [3] 胡金辉,张敏.舒适护理干预用于小儿纤维支气管镜检查术中的效果评价[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2016,16(41):9-10.

- [4] 庄宏杰.优质护理干预对经纤维支气管镜高频电刀治疗的气道狭窄患者临床影响[J].中国实用医药,2016,11(5):264-265.