

1 例人感染 H₁₀N₈ 禽流感重症患者的护理

江 榕, 钱克俭, 汤 睿, 刘洪所, 吴 琴, 江 婷
(南昌大学第一附属医院重症医学科, 南昌 330006)

关键词: H₁₀N₈ 禽流感; 人感染; 护理

中图分类号: R473.5

文献标志码: B

文章编号: 2095-4727(2015)06-0105-02

DOI: 10.13764/j.cnki.ncdm.2016.01.028

H₁₀N₈ 由不同毒株经过基因重排而产生, 是一种新型的禽流感病毒类型, 容易感染哺乳动物^[1]。2014年1月25日, 江西省南昌市疾病预防控制中心发现1例重症肺炎疑似禽流感病例, 经中国疾病预防控制中心进一步检测及国家卫生计生委组织专家会诊, 确诊为人感染 H₁₀N₈ 禽流感病例, 为全球第二例、江西省成功治愈的首例病例。现将其护理体会报告如下。

1 临床资料

患者, 女, 56岁, 因咳嗽咳痰 12 d, 高热 6 d, 呼吸困难 5 d, 于 2014 年 1 月 20 日入南昌大学第一附属医院重症医学科。入院前外院胸部 CT 示: 两肺多发斑片状密度增高影, 左上肺舌段可见团块状软组织密度增高影, 诊断“双侧肺炎, 呼吸衰竭(I型), 左肺占位性病变”。在外院行奥司他韦、亚胺培南西司他丁钠、莫西沙星抗感染, 并给予化痰、气管插管机械通气等治疗 5 d, 因肝功能损害、心肌酶升高、低氧血症明显、病情危重于 1 月 20 日转入本科隔离病房进一步治疗。入科后给予机械通气, A/C、PCV 模式, 呼吸频率 16 次·min⁻¹, 吸气压力 20 cmH₂O(1.960 kPa), 呼气末正压(PEEP)12 cmH₂O(1.176 kPa), 氧浓度 80%~90%, 血氧饱和度 90%~92%, 先后给予抗感染、抗病毒、激素控制毒血症及炎症反应、免疫调节、镇静、肠内外营养支持、强心、护肝、护肾等综合治疗。患者体温于 2 月 8 日恢复正常, 气道分泌物逐渐减少, 影像学示病灶大部分吸收, 其他各项指标也有所改善。2014 年 6 月 22 日治愈出院。

2 护理体会

2.1 护理人员的安排及组织管理

2.1.1 成立特别救护组

该病例初步诊断为人感染 H₁₀N₈ 禽流感时, 即建立由院领导、护理部、病区护士长组成的指挥系统, 具体工作做到专人、专项管理, 从而形成有效的协调和管理网络^[2]。每日上午本院呼吸科及江西省卫计委专派专家准时会诊, 及时制订并完善医疗护

理措施, 保证信息有效沟通, 使整个医疗管理无缝连接。护理部同时启动人感染禽流感防治应急预案, 成立特别护理小组, 从重症医学科抽调抢救经验丰富、专业技术能力强、身体素质好并参与过 2013 年人感染 H7N9 禽流感重症患者救护的护士进入隔离病房, 对该患者进行一对一护理。

2.1.2 防护及住院环境管理

目前还没有证据证明人和人之间存在禽流感的传染。WHO 指出一旦禽流感病毒发生突变, 或者与人类流感病毒基因在体内重新组合, 产生新亚型, 就可能获得人传染人的能力。1) 患者入住重症医学科单间隔离病房, 调节室温 22~24℃, 湿度 60%~70%。应用 1 000 mg·L⁻¹ 优氯净消毒液擦拭室内设备和地面, 空气净化消毒机空气消毒 4 次·d⁻¹, 1 h·次⁻¹。2) 医护人员进入隔离病房前按规范穿戴防护服, 戴好护目镜、N95 口罩及一次性乳胶手套, 接触患者血液、体液前戴双层一次性手套。3) 消除或减少病毒传播, 防止交叉感染。患者入院后 21 d 解除隔离, 未发生 1 例院内交叉感染。

2.2 严格、有效、细致的气道管理

2.2.1 呼吸机的管理

护士熟练操作呼吸机, 观察、分析呼吸机的各种模式和参数, 如呼吸潮气量、呼吸频率、氧气浓度、气道压力、PEEP 等, 以评价患者对呼吸机的反应。病房同时调节好一台呼吸机处于待机模式备用。

2.2.2 呼吸功能的监护

急性呼吸窘迫综合征是一种严重的急性肺部损伤, 若得不到及时的处理, 病死率可高达 60%^[3]。1) 患者肺顺应性差、氧合差, 早期给予高 PEEP、小潮气量、高氧浓度治疗。呼吸机选择了压力控制 PCV 模式, 参数设置: 吸气压力 29 cmH₂O(2.842 kPa), 呼吸频率 30 次·min⁻¹, PEEP 13 cmH₂O(1.274 kPa), 氧浓度 80%~100%, 潮气量控制在 300 mL 左右。2) 患者血气分析示 PCO₂ 高, 给予持续呼气末 PCO₂ 监测, 以便及时发现病情变化进行呼吸机参数的调整。3) 为减轻患者痛苦、减少氧耗、改善呼吸功能, 给予患者中深度镇静, 遵医嘱(咪达唑仑 50 mg+舒

芬太尼 $0.1 \text{ mg} \cdot 50 \text{ mL}^{-1}$) 持续静脉泵入, Ramsay 评分 4~5 分, 根据患者镇静的程度适当调整泵速。

2.2.3 人工气道的管理

1) 保持气道通畅, 做好吸痰工作。由于患者重症感染、高氧浓度、高 PEEP 治疗, 故采取了密闭式吸痰方式, 但交接班时需开放吸痰 1 次, 评估 1 次气管导管的通畅度。吸痰前、中、后都要给予纯氧 2 min 吸入, 并密切观察血氧饱和度、气道压力及生命体征等。2) 加强人工气道湿化。使用了带加热导丝的呼吸机加温湿化器, 温度 $37 \sim 40 \text{ }^\circ\text{C}$ 。3) 预防人工气道相关性的感染。做好气管切开口消毒换药, $2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$, 被痰液污染时及时换药; 加强口腔护理, $6 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$; 做好机械辅助排痰, 胸部震荡治疗 $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$; 患者床头抬高 $30^\circ \sim 45^\circ$, 预防坠积性肺炎, 防止胃内容物反流。

2.3 液体管理

精确地进行血流动力学监测及容量管理, 为患者置留股动脉导管及中心静脉导管进行连续心排量监测。根据每分输出量、心排血量指数、血管外肺水、胸内血容量等指标准确地进行输液指导, 并保证 24 h 的出入量平衡。

2.4 营养支持

以肠内营养为主、肠外营养为辅, 给予患者足够的营养支持。肠内营养主要选择高热量、高蛋白及丰富维生素、低脂肪、易消化食物, 给予经鼻胃管小量持续注入能全力, 4 h 检查 1 次胃残余量, 鼻饲过程中密切观察患者有无反流、恶心呕吐、腹胀便秘等症状。

2.5 基础护理

每日为患者洗脸、床上擦浴并保持床单元整洁干燥; 修剪指甲, 清洗头发; 每 2 h 翻身 1 次, 做好患

者入院时骶尾部带入压疮的护理。治疗期间患者未出现新的皮肤问题, 带入 II 度压疮治愈。

2.6 心理护理

患者于 2 月 18 日停镇静, 神志逐渐恢复清醒状态。因气管切开患者不能与医护人员进行正常的沟通、交流, 采取口型、书写、需求牌、肢体语言等方式及时传递信息, 告知患者禽流感的成功救治案例, 以树立其信心。在患者呼吸功能改善、各项监测指标好转, 接近脱机指征时, 告知脱机的重要性, 减轻其对脱机的担心, 以顺利脱机。及时告知病情可让患者树立信心, 从而调动人体内在的康复能力, 增强机体免疫力。在整个治疗过程中, 患者心理状态稳定, 积极配合治疗。

3 讨论

该患者的成功救治经历, 为人感染禽流感护理提供了宝贵的经验。从护理的角度来讲, 高素质的护理团队是关键; 高质量地完成高难度的护理任务, 对抢救工作至关重要; 细致有效的气道管理, 对提高抢救成功率和预防并发症起着重要作用。严密的消毒隔离措施是预防交叉感染的重点, 对人力资源进行科学的组织、管理、培训、调配, 保障系统的完善, 信息资源充分利用是成功应对突发事件的重要条件。

参考文献:

- [1] 吕敏, 贺雄, 王全意, 等. H5N1 型高致病性禽流感研究进展及其对人类的威胁[J]. 中南大学学报: 医学版, 2007, 32(1): 15-19.
- [2] 江榕. 人感染 H₇N₉ 禽流感重症患者重症监护病房的护理管理体会[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(6): 379.
- [3] 陈永强. 香港重症监护病房 SARS 患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(6): 8-10.

(责任编辑: 罗芳)

(上接第 104 页)

压, 故手术时应力求减少肿瘤挤压、牵拉。本例病例与临床常见嗜铬细胞瘤相比有以下临床特点: 1) 肿瘤生长部位为后腹膜, 无恶性高血压等典型表现; 2) 既往有“皮肤神经纤维瘤”病史多年, MRI 提示神经纤维瘤可能; 3) 肿瘤周围有重要的大血管(肿瘤压迫下腔静脉及右肾静脉), 增加肿瘤切除风险。

异位嗜铬细胞瘤常与周围组织和血管粘连紧密, 导致切除较一般嗜铬细胞瘤难度更大。本例患者除应考虑术中、术后血流动力学波动外, 还应重点考虑如何避免损伤下腔静脉及右肾静脉、输尿管等重要器官。因此, 术中应在切除肿瘤之前于下腔静脉、右肾静脉与肿瘤交界上、下各放 1 条阻断带, 预防因分离肿瘤时不慎损伤下腔静脉或右肾静脉, 造成大出血(图 2)。当术中不慎损伤静脉时, 应迅速修

补受损伤的静脉。此种方法也适用于与重要血管粘连紧密的其他部位肿瘤的治疗, 值得临床医师借鉴。

参考文献:

- [1] 徐烈雨, 祝宇. 嗜铬细胞瘤的诊断和治疗进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2014, 34(4): 580-585.
- [2] 李坤, 牛金柱, 兰海涛, 等. 腹腔巨大功能静止型嗜铬细胞瘤漏诊合并术后急性肺水肿 1 例[J]. 医学信息学, 2013, 26(5): 388-389.
- [3] 李树人, 郑鸣. 恶性嗜铬细胞瘤的诊治进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2014, 34(3): 403-406.
- [4] 路瑶, 毕艳, 甘卫东, 等. 无高血压性嗜铬细胞瘤的临床及病理特点[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2015, 31(8): 659-663.
- [5] 朱正, 赵心明, 戴景蕊, 等. 腹膜后异位嗜铬细胞瘤的 CT 和 MRI 表现[J]. 中华肿瘤杂志, 2015, 37(3): 181-185.

(责任编辑: 胡炜华)