

· 护理园地 ·

经纤维支气管镜注药治疗重型颅脑伤并发肺感染的应用及护理

王莉英, 张存海, 葛学娣, 方金燕

【摘要】 目的 观察经纤维支气管镜气管内注药治疗重型颅脑损伤并发肺部感染的效果及护理。**方法** 将 78 例重型颅脑损伤并发肺部感染随机分为两组, 对照组 39 例采用常规疗法, 观察组 39 例在对照组的基础上经纤维支气管镜气管内注药治疗, 比较两组患者的疗效, 分析观察组治疗过程中的术前准备、术中配合等护理措施。**结果** 观察组的总有效率为 97.4%, 对照组为 79.5%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者肺部感染控制时间为 (9.0 ± 3.5) d, 对照组为 (14.5 ± 4.0) d, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 经纤维支气管镜气管内注药在重型颅脑损伤并发肺部感染中的应用效果满意, 值得临床推广应用。

【关键词】 重型颅脑损伤; 肺部感染; 纤维支气管镜; 护理

【中图分类号】 R651.15 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2012)03-0264-02

重型颅脑损伤患者一般昏迷时间长, 且需机械通气, 因此, 肺部感染是重度颅脑损伤患者常见的严重并发症之一, 也是死亡的主要原因之一^[1]。纤维支气管镜(纤支镜)气管内注药是治疗重型颅脑损伤并发肺部感染的一种安全有效的方法, 镜下可直接抽吸痰液, 解除深部气道痰液阻塞, 缓解患者呼吸困难的症状^[2-3], 减少感染机会; 对痰液进行细菌学检查, 指导临床选择针对性的抗生素^[2]; 可以用药物冲洗, 保持气管内有高浓度的抗菌药物, 更有效地发挥抗感染作用^[4]。现将我院 39 例经纤支镜气管内注药治疗重型颅脑损伤并发肺部感染的临床应用及护理配合体会报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选择我院 2010 年 10 月至 2011 年 9 月收治的重型颅脑损伤并发肺部感染 78 例, 患者均经头颅 CT 或 MRI 检查证实重型颅脑损伤, 肺部感染诊断符合《医院感染诊断标准(试行)》^[5], 男 53 例, 女 25 例; 年龄 20~61 (41.5 ± 3.0) 岁; 致伤原因: 交通事故伤 51 例, 打击伤 9 例, 坠落伤 11 例, 其他 7 例; 脑挫裂伤并急性硬膜下血肿 37 例, 脑挫裂伤并颅内血肿 21 例, 硬膜下血肿并颅底骨折 20 例; 肺部感染发生时间为颅脑损伤后 1~20 (8.5 ± 2.0) d。按照随机数字表法分为观察组和对照组各 39 例, 两组患者的一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用常规疗法, 包括化痰、平喘、气道雾化及抗生素抗感染等治疗。观察组在对照组的基础上经纤支镜气管内注药治疗。患者取平卧位, 肩部垫软枕, 头后仰, 经鼻或口腔插入纤支镜至气管, 吸净气管及支气管腔内分泌物, 之后将连接注射器的硅胶管通过纤支镜活检通道插入, 分次缓慢注入 37℃ 灭菌生理盐水 10~20 ml, 总量不超过 100 ml, 注射后用负压吸引, 再根据术前药敏试验选用抗生素用 37℃ 生理盐水 5 ml 稀释后, 注入病变支气管内, 每周 2~3 次。根据患者病情疗程 1~4 周。

1.3 疗效判断 以治愈、显效及有效合计为总有效, 计算总有效率, 具体判定标准如下, 治愈: 临床症状消失, 白细胞计数及分类正常, 胸部 X 线片或胸部 CT 示病灶完全吸收或仅遗留少许纤维索条阴影者。显效: 临床症状明显好转, 外周血白细胞、血气分析正常, 胸部影像学示炎症阴影基本消失。有效: 临床症状有所改善, 白细胞总数下降, 胸部 X 线片或胸部 CT 示病灶有吸收。无效: 症状无缓解, 胸部影像学示病灶不吸收或扩大者。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 软件包进行统计学分析, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的疗效比较 观察组的总有效率为 97.4%, 对照组为 79.5%, 观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 1)。

作者简介: 王莉英(1982-), 女, 浙江绍兴人, 大专, 护师, 从事护理工作

作者单位: 310013 浙江杭州, 解放军 117 医院重症医学科

表 1 两组患者的疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	39	17(43.6)	15(38.5)	6(15.4)	1(2.6)	38(97.4) *
对照组	39	13(33.3)	12(30.8)	6(15.4)	8(20.5)	31(79.5)

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 两组患者肺部感染控制时间比较 观察组患者肺部感染控制时间为(9.0 ± 3.5) d, 对照组为(14.5 ± 4.0) d, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 术中并发症 行纤支镜气管内灌洗过程中, 1 例出现心律失常, 3 例血氧饱和度降至 85%, 立即暂停操作, 待症状缓解后治疗。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 复习病历资料 熟悉患者病史, 查看术前血常规、血凝全套、血气分析、胸部 X 线片或胸部 CT, 如有异常及时报告医生。

3.1.2 用物准备 备好已消毒好的纤支镜、无菌物品(纱布、痰液收集器、注射器等)、灭菌石蜡油、2%利多卡因及抢救车, 生理盐水加温至 37℃ 左右, 必要时备镇静剂。

3.1.3 患者准备 治疗前 2 h 暂停肠内营养, 以防食物返流; 床头摇平, 去枕平卧位, 必要时肩下垫一软枕, 头稍后仰; 彻底清除人工气道内和口鼻腔分泌物, 上呼吸机给予 100% 纯氧; 检查监护仪各导联是否连接好。

3.2 术中配合及护理

3.2.1 密切配合医生 ①将纤支镜连接好负压吸引装置, 将负压调至 0.04 ~ 0.0533 mPa, 用灭菌石蜡油润滑纤支镜前端。②进镜后, 按医嘱接痰液收集器留取痰标本, 连接注射器, 将加温至 37℃ 左右的生理盐水分次缓慢注入 10 ~ 20 ml, 总量不超过 100 ml, 注射后用负压吸引, 再根据术前药敏试验选用抗生素(0.5% 甲硝唑 10 ml 加地塞米松 5 ~ 10 mg 较为常用)用 37℃ 生理盐水 5 ml 稀释后, 注入支气管内。③如患者过度烦躁, 适当给予约束或按医嘱

给予镇静药物。

3.2.2 严密观察生命体征及病情变化 进镜后密切观察监护仪各项指标(心率、心律、血氧饱和度、呼吸、血压), 同时观察患者有无发绀、出汗、过度烦躁等。如患者出现心率 > 140 次/min 或 < 60 次/min、血氧饱和度下降至 88% 以下, 出现心律不齐, 发绀, 过度烦躁应立即报告医生, 暂停操作或退镜, 待情况好转后再继续。如患者出现呼吸、心跳骤停等意外, 应立即停止操作, 配合医生抢救。

3.2.3 严格无菌操作 操作过程中, 严格无菌操作, 减少感染机会, 动作轻柔、并且快、稳, 不能持续吸引以免造成患者缺氧加重。

3.3 术后护理 ①退镜后继续严密观察生命体征, 如不稳定及时报报医生协助处理, 并采取有效的护理措施。②保持呼吸道通畅, 定时翻身拍背吸痰, 观察痰液的性质及量。做好口腔护理, 擦净口鼻周围分泌物。③术后 2 h 内暂停胃肠内营养注入。

【参考文献】

[1] 龚进红, 金丽芳, 金月红, 等. 纤维支气管镜下吸痰加冲洗治疗重型颅脑伤患者肺部感染的护理[J]. 东南国防医药, 2010, 12(2): 166-167.

[2] 罗洪海, 彭玉平, 李涛平, 等. 早期纤支镜吸痰及支气管肺泡灌洗救治重症脑科患者的临床意义[J]. 四川医学, 2005, 26(6): 595-597.

[3] 秦文婧, 孟德荣, 冯志军. 支气管-肺泡灌洗术治疗肺部炎症 20 例[J]. 第四军医大学学报, 2007, 28(5): 464.

[4] 李 锋, 陈 平, 吴珍珍, 等. 颅脑损伤并发肺部感染相关因素及对策[J]. 海南医学, 2005, 16(8): 13-14.

[5] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5): 314-320.

(收稿日期: 2012-01-05; 修回日期: 2012-02-02)

(本文编辑: 黄攸生)