

· 护理园地 ·

6 例成人重症腺病毒肺炎的护理

董 洁, 童小清, 徐永银

[摘要] 目的 总结分析 6 例成人重症腺病毒肺炎的护理。方法 对 2013 年 12 月-2014 年 2 月确诊为重症腺病毒肺炎 6 例的临床资料进行回顾性分析。结果 经积极治疗、对症护理、预防传播, 6 例患者均治愈出院, 未发生并发症, 无死亡病例及感染病例。结论 积极有效的护理措施能提高成人重症腺病毒肺炎的治愈率, 减少不良反应, 促进患者身心康复。

[关键词] 重症腺病毒肺炎; 护理; 成人

[中图分类号] R473.72 **[文献标志码]** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.02.032

腺病毒肺炎(adenovirus pneumonia, ADVP)是一种由腺病毒引起的下呼吸道感染, 多见于 6 个月及 2 岁幼儿, 成人少见, ADV7 型是腺病毒感染的常见类型。但成人腺病毒肺炎往往容易在军营、学校、医院等封闭环境中暴发, 近年来发病率有增多的趋势。少数病例进展为重症腺病毒肺炎(severe adenovirus pneumonia, SAdVP), 易发生多系统并发症, 如休克、呼吸衰竭、弥散性血管内凝血等, 病死率高, 治疗难度大^[1]。现对 2013 年 12 月-2014 年 2 月间在我院确诊为重症腺病毒肺炎的 6 例患者的临床护理资料进行回顾性分析, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 6 例重症腺病毒肺炎, 均为男性, 年龄 17~38(22±7.26)岁。患者诊断符合《腺病毒感染诊疗指南》^[2], 同时具有以下任何一项者诊断为重症: ①持续高热(体温>39℃)超过 5 d, 且伴有频繁而剧烈刺激性咳嗽; ②心率>100 次/min 和(或)呼吸频率>30 次/min; ③肺部阴影进展迅速, 阴影范围超过 1 个肺叶; ④动脉血氧分压(PaO₂)<70 mmHg, 和(或)血氧饱和度(SpO₂)<90%, 吸氧或面罩吸氧不能改善 PaO₂。临床排除肺结核、细菌性肺炎等疾病。

1.2 临床特点 6 例患者入院后 1~4 d 内病程迅速进展, 均表现持续或逐渐加重的高热, 热程(4.83±2.14)d, 体温最高达(40.17±0.85)℃, 其中弛张热 4 例, 稽留热 2 例, 体温平稳后出现反跳热 3 例; 均有频繁、剧烈的刺激性干咳, 深吸气时咳嗽症状持续

或进行性加重, 严重影响夜间睡眠甚至进食, 其中偶有痰血 4 例, 2 例患者因咳嗽出现皮下、纵膈气肿。6 例患者均有轻重不一的咽痛、乏力、厌食、纳差、头痛、肌肉关节酸痛等非特异性全身症状, 其中 2 例患者出现持续的精神萎靡、嗜睡、谵妄等精神症状。查体咽部充血、红肿及咽后壁淋巴滤泡明显增生。实验室检查: 6 例患者血常规白细胞计数及分类均正常, 血清 ADV 特异性 IgM 抗体阳性; 6 例患者咽拭子实时定量 PCR 法检测均为腺病毒特异性核酸阳性, 病毒鉴定分型为 ADV7 型; 5 例患者血液腺病毒检测核酸阳性。胸部 CT 检查, 6 例 SAdVP 表现为斑片状或叶段性实变和(或)磨玻璃改变(ground glass opacity, GGO)^[3], 2 例伴少量胸腔积液。

1.3 治疗与转归 6 例患者入院后均给予抗病毒、抗炎、抗感染、免疫调节、保肝等对症处理, 每日静脉补液 2500~4200 mL, 包括莫西沙星氯化钠针 0.4 g/d, 伏立康唑注射液 0.4 g/d, 甲泼尼龙琥珀酸钠 40~1000 mg/d, 痰热清注射液 3 支/d 等, 以及口服阿托伐他汀钙胶囊、骨化三醇胶丸等。其中静脉滴注甲泼尼龙琥珀酸钠治疗, 首日使用剂量在 160~440 mg, 单日最大剂量 1000 mg 以上, 静脉疗程 15~21 d 后改用泼尼松片口服治疗, 逐日减量撤药。经积极有效的治疗和护理, 6 例患者均康复出院, 平均住院(48.5±11.5)d, 未发生并发症, 无死亡病例及感染病例。出院后定期随访, 每 3 个月门诊复查血常规、骨盆 MRI 及骨密度等, 随访 1 年未出现严重不良反应。

2 护理方法及体会

2.1 采取严密的消毒隔离措施, 预防和控制院内感染 腺病毒感染虽未列入传染病分类管理, 但流行

作者单位: 200081 上海 解放军 411 医院呼吸科

通讯作者: 徐永银, E-mail: yongyingxu1977@163.com

引用格式: 董 洁, 童小清, 徐永银. 6 例成人重症腺病毒肺炎的护理[J]. 东南国防医药, 2016, 18(2): 203-205.

病学调查显示各年龄段人群均可感染,学校或新兵营容易发生群体感染,传播途径主要为空气飞沫和密切接触传播^[2],防护不当即增加腺病毒感染传播的危险性。患者住院期间,应严格落实各项消毒隔离措施,加强个人防护,实现“零感染、零传播”。具体措施包括:患者统一收治于隔离病区,布局符合“三区两通道”要求,实施严密隔离;医务人员进入污染区落实二级防护措施,接触污染物操作时采取三级防护措施,严格执行手卫生,进出三区时根据要求穿戴和脱摘防护用具;加强医疗废物管理,使用双层密闭防渗医疗废物袋存放,包扎严密,专人运送,集中单独灭菌处理;按消毒后再清洗再消毒原则处置患者已污被服和工作人员隔离衣等,避免交叉感染;患者外出检查相对集中、专人陪送,采取二级防护措施,事先联系检查科室清场,检查后协助落实消毒措施。

2.2 加强对应用糖皮质激素不良反应的观察与护理 2007 年美国感染疾病学会/美国胸科协会推荐对重症肺炎患者使用全身性糖皮质激素治疗^[4]。糖皮质激素治疗可改善患者的中毒症状,减少肺组织的早期损伤、渗出和后期的肺纤维化,同时易于引起多种不良反应,尤其是大剂量、长时间使用可出现消化道出血、高血糖和高血压等^[5]。为预防不良反应,对 6 例患者积极采取各项预防治疗措施,包括:静脉滴注阿仑膦酸钠、口服钙剂及骨化三醇防止骨质破坏,低分子肝素抗凝、改善微循环,口服他汀类药物降低血脂等;单日静脉用甲泼尼龙琥珀酸钠剂量 1000 mg 以上,患者在肺炎稳定后给予预防性高压氧治疗。

患者治疗过程中,科室特设专职护士负责该项治疗的观察及护理:①患者每日用药剂量根据医嘱随时调整,专职护士根据治疗方案严格掌握用药剂量及时间,准确落实并记录,所得信息及时反馈给医生;②密切观察患者的不良反应,监测患者血糖改变,每日 4 次(晨起空腹、餐后 2 h、睡前、夜间)末梢血快速血糖测定,每周采血检测一次静脉血葡萄糖;为避免患者夜间和晨起发生低血糖,备 50% 葡萄糖注射液必要时口服;每日准确记录患者液体出入量,量出为入,避免脱水,观察是否出现低钾、高钠等电解质紊乱的表现,每周复查血电解质;注意观察患者有无腹胀、腹泻、便秘以及大便颜色、性状,评估其有无消化道出血的症状;每日测量血压 4 次,观察血压变化;③密切关注激素治疗后的体温变化,再次发热者注意分析原因,落实消毒隔离措施,避免二重感染等并发症的发生^[6];④在激素减

量过程中要注意观察撤药综合征,如患者有无发热、心动过速、食欲减退,或者症状加重等予以酌情处理;⑤患者用药后出现食欲亢进、代谢紊乱,需指导患者控制食物摄入,给予低脂、低糖、高蛋白、高钙饮食,避免加重激素治疗相关不良反应。

治疗过程中,患者出现与糖皮质激素使用相关的不良反应包括:轻度血糖血脂电解质异常 5 例、激素相关尿崩症 1 例、骨关节疼痛 3 例、激素撤药综合征 5 例,经对症处理于出院前均缓解。

2.3 症状护理 早期识别观察 SAdVP 患者生命体征变化,及时采取措施可有效缓解症状、避免病情重症化和减少并发症,危重症患者还应设专人护理。

2.3.1 高热的护理 重症腺病毒感染免疫原性反应剧烈,常表现为高热、超高热等^[7]。可采用解热镇痛药物联合物理降温,包括冷湿敷及冰袋冷敷交替和酒精擦浴等方法退热,并注意保暖。激素治疗时同样需有效控制体温,但激素治疗后的二次发热常常预示病情反跳,本文 3 例患者追加激素治疗后,均有效控制体温并缓解病情进展。

2.3.2 咳嗽的护理 咳嗽是重症腺病毒肺炎的又一突出症状。予患者动态评估咳嗽症状,量化记录其严重程度,为治疗措施的调整提供依据;指导患者服用较大剂量中枢性镇咳药,如可待因、阿桔片等;并试用支气管舒张剂、抗炎药物、祛痰剂缓解症状;亦可予面罩吸氧或戴口罩以获得气道保温保湿,并应加强病室保暖,保持病室内湿度维持在 60%~70%。

2.3.3 氧疗护理 氧合的改变是患者病情加重的危险信号,本组 6 例患者均有不同程度的缺氧表现。如患者轻度活动后感胸闷、气急、动脉血氧分压(PaO_2) 低于 70 mmHg,静息时呼吸频率大于 25 次/min,吸氧 2~3 L/min 时 $\text{PaO}_2 < 80$ mmHg,同时心率增快至 90 次/min 以上、血压下降大于 20% 基础值,均提示心肺功能出现明显损害,是重症肺炎及危重症化的重要信号,必须引起医护人员的高度重视。每日需定时检查患者静息及活动状态下的血气分析,观察血氧分压的改变,观察患者口唇及甲床颜色与指脉氧饱和度;根据情况及时给予对症处理,如指导患者卧床休息、给予鼻导管氧疗等;对鼻导管吸氧(5~6 L/min)指脉氧饱和度 $< 95\%$ 者,予贮气高浓度氧面罩(6~8 L/min)吸氧纠正缺氧,尽可能使患者指脉氧饱和度达到 95% 以上;给予患者床头抬高 $30^\circ \sim 45^\circ$ 的半卧位,有利于膈肌下降、减轻心肺负担,减轻喘憋症状。

2.4 心理护理 由于该病起病急,病情发展迅速,

加之需隔离治疗、激素治疗,输血量长时间长影响夜间睡眠,医护人员工作时防护严密等因素,患者易产生焦虑、恐惧、忧郁、甚至谵妄等心理问题,这些精神压力对疾病的治疗极为不利。护理人员应以高度的责任心,通过无微不至的关怀、细致周到的服务、规范娴熟的技能,帮助患者建立起战胜疾病的信心。责任护士应主动向患者告知腺病毒肺炎的临床表现、病程、预后、各项检查及防护措施,尤其是应用糖皮质激素治疗的必要性等;加强沟通和交流,有针对性地应用恰当的语言对患者进行劝导和鼓励以消除疑虑等不良情绪,取得患者的理解和信任,促使他们以良好的心理状态来配合治疗和护理;指导患者劳逸结合、避免剧烈运动和负重,适度锻炼改善肺功能;协助恢复期患者循序渐进地完成助力运动→主动运动→抗阻运动训练和耐力训练等肌力训练;在患者康复期可根据患者兴趣合理安排读书看报、听音乐等休闲娱乐。

近年来,成年人呼吸道腺病毒感染的发病有增多趋势,感染者病情轻重不一,20%~40%发展为肺炎^[2],少数患者可进展成重症或危重症^[8-9],死亡病例不少见^[10-11]。值得我们关注的是需要对相关人群包括部队入伍新兵营、幼托机构、寄宿制学校等单位普及疾病相关知识,指导保持良好的个人卫生习惯,勤洗手,增强体质和免疫力,并及时就医,以预防疾病的流行。

【参考文献】

[1] 刘秀云,江载芳.腺病毒肺炎 12 例临床特点和鉴别诊断分析

[J].临床儿科杂志,2007,25(6):454-456.

- [2] 全军传染病专业委员会.新发传染病中西医临床救治课题组.腺病毒感染诊疗指南[J].解放军医学杂志,2013,38(7):529-534.
- [3] 温阿明,杨学东,王培军,等.成人 7 型腺病毒肺炎的 HRCT 表现与动态变化[J].东南国防医药,2015,17(2):154-156.
- [4] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases of America; American Thoracic Society Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults[J]. Clin Infect Dis, 2007, 44(Suppl 2):S27-S72.
- [5] 林江涛.传染性非典型肺炎治疗中糖皮质激素应用的几个问题[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(6):326-327.
- [6] 朱振娜,张丽娟,陈昌浩,等.甲泼尼龙联合霉酚酸酯治疗活动性狼疮性肾炎的临床观察与护理[J].东南国防医药,2011,13(4):367-368.
- [7] Kawasaki Y, Hosoya M, Katayose M, et al. Correlation between serum interleukin 6 and C-reactive protein concentrations in patients with adenoviral respiratory infection[J]. Pediatr Infect Dis J, 2002, 21(5):370-374.
- [8] Cao B, Huang GH, Pu ZH, et al. Emergence of community-acquired adenovirus type 55 as a cause of community-onset pneumonia human adenovirus type 55 pneumonia[J]. Chest, 2014, 145(1):79-86.
- [9] Lewis PF, Schmidt MA, Lu XY. A community-based outbreak of severe respiratory illness caused by human adenovirus serotype 14[J]. J Infect Dis, 2009, 199(10):1427-1434.
- [10] Clark T, Fleet D, Wiselka M. Severe community-acquired adenovirus pneumonia in an immunocompetent 44-year-old woman: a case report and review of the literature[J]. J Med Case Rep, 2011, 30(5):259-264.
- [11] Hakim FA, Tleyjeh IM. Severe adenovirus pneumonia in immunocompetent adults: a case report and review of the literature[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2008, 27(2):153-158.

(收稿日期:2015-12-17;修回日期:2016-01-30)

(本文编辑:张仲书)

(上接第 195 页)

- [7] 周泽梅,刘春,晏佳,等.血液净化治疗联合复方- α -酮酸对尿毒症患者钙磷代谢紊乱的疗效观察[J].重庆医学,2009,38(21):2731-2732.
- [8] 杨海,舒荣文.终末期肾衰竭并发神经精神症状 32 例[J].东南国防医药,2011,13(4):360.
- [9] 缪立英,何小舟,刘金凤,等.低蛋白饮食联合复方- α -酮酸对维持性血液透析患者钙磷代谢的影响[J].江苏医药,2012,38(20):242-2430.
- [10] 王惠,缪立英,刘金凤.低蛋白饮食联合复方- α -酮酸治疗维持性血液透析患者钙磷代谢紊乱的效果观察及护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(23):3287-3289.
- [11] Voormolen N, Noordzij M, Grootendorst DC, et al. High plasma phosphate as a risk factor decline in renal function and mortality in

predialysis patients[J]. Nephrol Dial Transplant, 2007, 22(10):2909-2916.

- [12] Adeney KL, Siscovick DS, Ix JH, et al. Association of serum phosphate with valvular calcification in moderate CKD[J]. J Am Soc Nephrol, 2009, 20(2):381-387.
- [13] 王尊松,许冬梅,崔美玉,等.口服活性炭片降低血液透析患者血磷的疗效观察[J].中国医学工程,2010,18(3):15-16.
- [14] 程叙扬,甘红兵,吕继成,等.药用活性炭有效降低顽固性高磷血症透析患者血磷水平与钙磷乘积[J].中华肾脏病杂志,2012,28(1):21-24.

(收稿日期:2015-12-21;修回日期:2016-02-12)

(本文编辑:齐名)