

重型颅脑损伤患者并发吸入性肺炎的机制分析及护理*

张敏, 余剑[△] (第三军医大学第三附属医院野战外科研究所全军战创伤中心, 创伤、烧伤及复合伤国家重点实验室, 重庆 400042)

【摘要】 目的 总结归纳重型颅脑损伤患者并发吸入性肺炎的可能机制及预防性护理措施, 以期为提高护理工作质量提供指导。方法 通过分析 30 例重型颅脑损伤患者发生吸入性肺炎后的临床表现及检查检验结果, 包括病情转危, 病情转归, 脑叶挫伤继发癫痫, 气道痉挛、不畅, 休克, 尿道不畅, 高热, 电解质紊乱, 药物因素等, 并查阅、综合相关文献资料。结果 30 例患者经过专科处理, 护士细心观察及分析, 及时采取对策, 吸入性肺炎及时得到控制, 取得满意的临床效果, 结合临床, 查阅大量相关性文献, 总结出一系列可能机制及护理要点。结论 只要掌握专科知识, 善于观察和分析, 加强工作责任心, 提高对重型颅脑损伤吸入性肺炎重要性的认识及识别能力, 发现问题后及时采取护理措施, 是可以避免患者病情恶化, 提高救治率。

【关键词】 重型颅脑损伤; 吸入性肺炎; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.072 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)23-3219-02

吸入性肺炎是指吸入酸性物质、食物、胃内容物以及其他刺激性液体和挥发性的碳氢化合物后, 引起的急性化学性肺炎, 严重者可发生急性呼吸衰竭或急性呼吸窘迫综合征而危及生命。在以交通伤为主的高能量损伤病死创伤患者中, 严重颅脑损伤的病死率居首位。死亡原因除了原发性颅脑损伤外, 其严重并发症(如肺部、泌尿系感染、深静脉血栓形成等)也是导致死亡的主要原因, 其中吸入性肺炎是导致患者发生卒中和加重原发疾病的重要因素之一^[1-2]。因此预防重型颅脑损伤患者发生吸入性肺炎具有重要的临床意义。本文结合本科室实际护理情况, 就重型颅脑损伤患者并发吸入性肺炎的可能机制及预防工作护理要点进行总结, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 6 月至 2012 年 12 月本院创伤外科住院治疗过程中出现不同程度吸入性肺炎的重型颅脑损伤患者 30 例, 其中男 21 例, 女 9 例。30 例患者按 Glasgow 昏迷评分均在 5~7 分。发生脑挫裂伤 25 例, 颅底骨折 17 例, 颅内血肿 13 例, 蛛网膜下腔出血 10 例, 硬膜下血肿 11 例, 脑干损伤 6 例, 其他伤 3 例, 合并其他脏器伤有 15 例。

1.2 诊断标准 格拉斯哥评分法(GCS) < 8 分的颅脑损伤患者, 昏迷时间超过 6 h 者, 伴有咽反射减弱或消失; 有呕吐史或血性液体病史, 口咽部、气管插管内或气管切口处有大量胃内容物或胃液及血性混合物; 有肺部感染征象: 患者有发热、缺氧表现, 呼吸困难、听诊肺部有广泛湿啰音和(或)灶性肺实变伴呼吸音减低, 血象升高, X 线摄片有相应改变; 可伴有经皮血氧饱和度低于 90%, 动脉血氧分压小于 9.33 kPa 等呼吸衰竭表现^[3]。

2 结果

21 例患者白细胞(WBC) > 10 × 10⁹/L, 20 例中性粒细胞大于 80%; 9 例患者 WBC ≤ 10 × 10⁹/L, 10 例中性粒细胞大于 80%。伴有肝功能异常 2 例, 肾功能异常 1 例, 低蛋白血症 2

例, 低钾、低钠血症 10 例, 血糖升高 9 例。胸部 X 线片检查发现肺部出现散在点状或片状浸润病灶 25 例, 其中左上肺 2 例, 左下肺 3 例, 右上肺 5 例, 右中肺 4 例, 右下肺 6 例, 双肺出现病变 5 例。双侧肺纹理增多增粗 19 例。血气分析检查: I 型呼吸衰竭 9 例, II 型呼吸衰竭 5 例, 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒 4 例。痰、血培养: 细菌以肺炎克雷伯菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌为主, 痰培养及血培养阳性 22 例, 占总数的 73.3% (22/30)。

3 讨论

3.1 重型颅脑损伤患者吸入性肺炎发生的可能机制 结合 30 例患者的损伤分类及临床检查检验结果分析认为, 重型颅脑损伤患者发生吸入性肺炎的机制可能有以下几点。

3.1.1 脑组织损伤广泛而严重, 继发性癫痫发病率较高, 其发作时引起腹腔内压力骤然上升, 使胃内压力突然升高, 胃内容物经食管反流入口腔而极易发生误吸, 从而导致吸入性肺炎^[4-6]。

3.1.2 重型颅脑损伤患者均需行气管切开术, 吸痰时引起呛咳反射, 也可使腹腔内压力急剧升高而导致吸入性肺炎^[7]。

3.1.3 重型颅脑损伤患者往往处于昏迷状态, 长期卧床, 胃肠道蠕动慢, 胃肠动力不足, 易发生胃内容物潴留, 各种原因引起腹腔内压力增高时发生吸入性肺炎的概率增高。

3.1.4 严重创伤早期, 胃肠道血容量相对不足, 易导致消化道应激性溃疡, 胃肠功能障碍, 胃液潴留, 腹内压升高时易发生误吸。

3.1.5 重型颅脑损伤患者通常需经鼻胃管行肠内营养支持, 置鼻胃管时, 若置入长度不足, 部分侧孔处于食道内, 从胃管内注入的水或营养液可能部分进入食管内, 体位变化或腹内压增加时发生反流, 从而引起吸入性肺炎^[8]。

3.1.6 重型颅脑损伤患者置入胃管后, 贲门关闭不全, 为胃内容物反流提供了门户, 增加了吸入性肺炎发生的可能性^[9]。

* 基金项目: 国家“十二五”科技支撑计划“创伤救治新技术研究及集成示范”资助课题项目 (2012BAI11B01)。△ 通讯作者, E-mail: yangef1976@163.com。

3.1.7 严重脑功能障碍可引起声门关闭不全,胃内反流物及口腔内唾液等易进入肺内并发吸入性肺炎^[10]。

3.1.8 重型颅脑损伤患者因脑功能障碍往往咳嗽无力,呛咳反射差,对误入气道内的液体和(或)固态物质无法全部咳出而发生吸入性肺炎。

3.1.9 颅内高压时患者频繁呕吐,加之意识障碍、胃酸分泌过多,酸性呕吐物很容易通过呼吸道进入肺内引起吸入性肺炎。

3.1.10 各种原因引起的气管-食管瘘,食物经食管、气管直接进入肺内导致吸入性肺炎。

3.2 重型颅脑损伤患者吸入性肺炎预防工作中护理要点 重型颅脑损伤患者,吸入性肺炎是一种常见而严重的并发症,本科室一直坚持以预防为主、防治结合的方针,除了给予药物控制颅内压、防治癫痫、促进脑功能及胃肠功能恢复外,护理工作中需注意以下几点。

3.2.1 加强呼吸道管理,加强超声雾化吸入,使痰液稀释,同时加强翻身/叩背,促进痰液自动咳出,避免频繁吸痰刺激而导致腹内压反复骤然上升,可降低吸入性肺炎发生概率。

3.2.2 加强口腔护理,保持口腔清洁,抑制口腔内菌群生长,对于吸入性肺炎并发细菌感染的预防也有十分重要的作用。

3.2.3 安放鼻胃管时操作认真仔细,置入深度合适,固定可靠,避免因鼻胃管侧孔处于食道内而增加误吸的可能性。

3.2.4 从鼻胃管内注入水或营养液时务必回抽,了解有无胃潴留。坚持少量多次注入营养液的原则,可减少胃内容物潴留,减少吸入性肺炎的发生。

3.2.5 了解患者大便情况,必要时灌肠,促进大便排出,保持肠道通畅,也可减少胃潴留。

3.2.6 如无特殊禁忌情况,可使患者尽可能保持半坐位,利于重力作用,可减少胃内容物反流,从而减少吸入性肺炎的发生概率。

吸入性肺炎是重型颅脑损伤患者常见的症状,作为创伤外科的护士,首先要掌握专科知识,善于观察和分析,加强工作责

任心,提高对重型颅脑损伤吸入性肺炎重要性的认识及识别能力,发现问题后及时采取护理措施,为临床早期诊断和处理提供依据,以免延误患者病情,提高救治率。

参考文献

- [1] 吴玉芹. 重型颅脑损伤合并吸入性肺炎的护理对策[J]. 医学信息:下旬刊,2013,26(4):466.
- [2] 李万方,张莲萍. 重型颅脑损伤患者常见并发症的监护[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(33):5219-5220.
- [3] 杨金坤,康健,李胜龙,等. 重型颅脑损伤后吸入性肺炎诊治临床研究[J]. 南京医科大学学报,2008,28(6):816-818.
- [4] 路俊波. 156 例吸入性损伤患者感染标本的细菌学调查及耐药性分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(17):2093-2094.
- [5] 童亚林,缪洪城,冯晓艳,等. 加强呼吸道管理对吸入性损伤气管切开患者肺部感染的防治作用[J]. 中华烧伤杂志,2010,16(1):6-9.
- [6] 王欣德,王钦仁. 住院儿童血培养病原菌分布及耐药性分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(18):2183-2184.
- [7] 祁冬梅. 重型颅脑损伤的护理及并发症预防[J]. 护理实践与研究,2007,4(5):38-39.
- [8] 段玲. 鼻饲患者常见并发症及护理[J]. 华夏医学,2012,25(3):374-376.
- [9] 徐小欣,黄超艳,仇柯柯. 重型颅脑损伤患者长期鼻饲引起并发症的护理研究进展[J]. 当代护士:下旬刊,2012,10(5):16-17.
- [10] 孙丽娟. 重型颅脑损伤后营养支持研究[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2009,8(5):478-480.

(收稿日期:2013-05-21 修回日期:2013-07-22)

舒适护理在牙周病龈下刮治四手操作护理配合中的应用*

刘继玲,范金梅,王丽敏(河北省唐山市协和医院口腔科 063004)

【摘要】目的 研究舒适护理模式在牙周病龈下刮治四手操作护理配合中的应用效果。**方法** 对 2011 年 12 月至 2012 年 12 月在唐山市协和医院牙周诊室行龈下刮治患者 180 例按接诊先后顺序分组,对照组 90 例行常规四手操作护理模式,实验组 90 例在四手操作基础上进行舒适护理,完成牙周病基础治疗后对患者满意度和治疗依从性进行调查分析。**结果** 对照组满意度 88.89%,实验组满意度 97.78%,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组治疗依从性 32.22%,实验组治疗依从性 53.33%,两组差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 舒适护理在龈下刮治四手操作中的应用,提高了牙周病患者对护理工作的满意度,患者治疗依从性提高。

【关键词】 舒适护理; 龈下刮治; 护理质量; 治疗依从性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)23-3220-03

现代社会中,患者不仅要求得到简便和有效的医学治疗,同时希望得到无痛治疗和更好的诊疗服务^[1]。舒适护理是一种整体化、个性化、创造性、有效的护理模式,其目的是使患者

在心理、生理、社会上达到最愉快的状态或降低不愉快程度^[2]。牙周病是由牙菌斑生物膜引起的细菌感染性疾病,是成年人失牙的重要原因,龈下刮治是治疗牙周病的主要手段。刮治过程

* 基金项目:河北省唐山市科技支撑计划项目(12130287b)。