

10(10):620-621.

[4] 田飞飞. 探讨优质护理服务对白血病患者临床护理干预[J]. 中外医学研究, 2013, 11(5):68.

[5] 肖少芹. 综合护理干预对白血病患者心理及生活质量的影响[J]. 中国美容医学, 2012, 21(7):276-277.

[6] 崔洁. 临床护理路径在白血病化疗患儿并发口腔溃疡中的应用[J]. 中国当代医药, 2012, 19(23):187.

[7] 马印慧, 韩静, 杨慧, 等. 白血病患儿的生存质量及其影响因素调查[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(6):990-992.

[8] 张萍. 急性白血病患者口腔感染的预防及护理[J]. 实用临床医学, 2012, 13(10):117-118.

(收稿日期:2013-05-15 修回日期:2013-08-07)

影响肺结核并发大咯血患者预后的相关因素及干预对策

严芳(湖北省恩施州中心医院感染科 445000)

【摘要】 目的 对影响肺结核并发大咯血患者预后的相关因素进行分析, 提出针对性干预对策。**方法** 选择恩施州中心医院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月住院的肺结核患者 276 例作为研究对象, 其中并发大咯血患者 59 例, 中、少量咯血患者 156 例, 未咯血患者 61 例; 对 3 组患者肺结核菌学、各种检查及基本病历、病情进展情况、病变范围、类型、并发症等相关因素进行分析。**结果** 肺结核大咯血 59 例患者存活 33 例, 死亡 26 例, 病死率 44.07%。大咯血的危险因素分别是吸烟、高血压、有空洞、复治、菌检阳性、累及肺野数大于或等于 3 个、大咯血组进展期、病变类型中浸润型结核、慢性纤维空洞型, 以上因素具有代表性, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。将患者按预后分组, 比较影响预后相关因素。死亡组患者窒息、出血性休克、窒息并发休克、有咯血病史、累及肺野数大于或等于 5 个、高血压、便秘发生率明显高于存活组。死亡组 25 例患者处于病情进展期, 占 96.15%。死亡组夜间大咯血发生率高于存活组, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 影响肺结核并发大咯血患者预后的因素众多, 结合评估患者的相关危险因素进行针对性干预, 可降低病死率。

【关键词】 肺结核并发大咯血; 预后因素; 干预对策

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3372-02

肺结核是临床常见的传染性疾病, 据世界卫生组织资料显示, 我国肺结核发病人数位居全球第 2, 仅次于印度^[1]。咯血是肺结核患者最常见并发症, 据相关文献报道, 肺结核患者咯血的发生率为 20%~90%, 超过 50% 的患者有不同程度咯血史^[2]。大咯血是指每天咯血量超过 500 mL 或每次咯血量大于 300 mL, 大咯血患者由于出血量大, 容易出现窒息、失血性休克等直接导致患者死亡的并发症^[3]。因此, 对肺结核并发大咯血患者预后的影响因素进行分析, 采取针对性干预措施, 可使咯血尽快停止, 对降低病死率, 促进病情快速恢复具有积极作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月住院的肺结核患者 276 例作为研究对象, 其中并发大咯血患者 59 例, 男 36 例, 女 23 例, 年龄 22~79 岁, 平均(53.5±31.5)岁; 中、少量咯血患者 156 例, 男 95 例, 女 61 例, 年龄 21~78 岁, 平均(51.5±30.5)岁; 未咯血患者 61 例, 男 37 例, 女 24 例, 年龄 22~79 岁, 平均(54.5±32.5)岁; 结核病程 2~13 年。各组患者年龄、性别、病程等各方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 所有入选患者均为本院住院的结核病患者; 同时排除并发恶性肿瘤患者。

1.3 研究方法 将所有肺结核患者详细病历资料采用自行设计的统计表逐项填写, 分类统计分析。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS13.0 软件进行统计学处理, 计量资料采用组间 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组发生大咯血的相关因素 见表 1。从大咯血组、中、少量咯血与未咯血患者各主要因素分析显示, 大咯血组患者吸烟、高血压、有空洞、复治、菌检阳性、累及肺野数大于或等于 3 个构成比例明显高于其他两组, 病变类型中浸润型结核、慢性纤维空洞型患者的构成比例高于其他两组, 大咯血组进展期患者明显高于其他两组, 以上因素具有代表性, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 影响肺结核并发大咯血患者预后的因素 见表 2。肺结核大咯血 59 例患者存活 33 例, 死亡 26 例, 病死率 44.07%, 将患者按预后分组, 进一步比较影响因素。死亡组患者窒息、出血性休克、窒息并发休克、有咯血病史、累及肺野数大于或等于 5 个、高血压、便秘发生率明显高于存活组, 死亡组夜间大咯血发生率高于存活组, 死亡组 25 例患者处于病情进展期, 两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 3 组发生大咯血的相关因素分析[n(%)]

组别	>65 岁	吸烟	高血压	有空洞	复治	菌检阳性	浸润型	慢性纤维空洞型	累及肺野数大于或等于 3 个	病情进展期
大咯血组(n=59)	17(28.81)	36(61.02)	17(28.81)	52(88.14)	19(32.20)	39(66.10)	48(81.36)	11(18.64)	48(81.36)	51(86.44)
中、少量咯血组(n=156)	51(32.69)	53(33.97)	13(8.33)	101(64.74)	22(14.10)	77(49.36)	92(58.97)	2(1.28)	72(46.15)	83(53.21)
未咯血组(n=61)	17(27.87)	16(26.23)	7(11.48)	21(34.43)	1(1.64)	22(36.07)	16(26.23)	0(0.00)	6(9.84)	7(11.48)

表 2 影响大咯血患者预后的主要因素比较[n(%)]

组别	窒息	出血性 休克	窒息并发 休克	有咯血 病史	累及肺野数 大于或等于 5 个	大咯血发生 在白天	大咯血发生 在夜间	高血压	便秘	病情进展期
死亡组(n=26)	9(34.62)	11(42.31)	6(23.08)	26(100.00)	21(80.77)	9(34.62)	17(65.38)	15(57.69)	12(46.15)	25(96.15)
存活组(n=33)	2(6.06)	4(12.12)	1(3.03)	19(57.58)	3(9.09)	28(84.85)	5(15.15)	2(6.06)	7(21.21)	26(78.79)
χ^2/t	9.171 3	10.024 2	7.146 7	13.033 6	22.836 3	—	14.872 4	15.002 9	6.820 5	3.792 7

注：—表示无数据。

3 讨 论

肺结核是我国发病率较高的传染性疾病^[4]。近年来,随着国民经济的飞速发展,人员流动性增加,肺结核发病率也随之增加,咯血是肺结核患者最常见的急性并发症,是由于肺部血管破裂,血液进入支气管而引起咯血,大咯血是导致患者窒息、失血性休克及死亡的重要原因。咯血发生的机制:(1)肺结核患者可能合并支气管结核和支气管扩张;(2)结核及继发感染产生大量致敏物质和细菌毒素导致肺毛细血管通透性增加;(3)肺结核对血管侵蚀,空洞壁血管破裂^[5];(4)出凝血机制障碍。大咯血患者病情进展快,病死率高。为了提高临床救治成功率,有效干预措施是防治的重要保证,要做到干预事半功倍,首先要了解大咯血发生的原因及影响预后的因素,才能做到目标明确,取得良好的效果^[6]。

3.1 引起肺结核患者大咯血的相关因素 从本院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月住院的 276 例肺结核患者中 59 例大咯血患者主要因素分析显示,大咯血患者复治、菌检阳性、累及肺野数大于或等于 3 个构成比例明显高于其他两组,大咯血组进展期患者 51 例(86.44%),明显高于其他两组,结果提示大咯血与病情的严重程度呈正相关,复治、菌检阳性患者对肺的损害更为严重,病变范围广的患者发生大咯血的概率更大。浸润型结核、慢性纤维空洞型患者是大咯血的高发类型,分析原因可能有以下几个方面:(1)浸润型肺结核是由原发性肺结核进展所致,原发性肺结核患者通过长时间发展,肺组织经过变性坏死、增生修复、炎症渗出等系列反应,当发生感染时,炎性反应如得不到及时控制,病灶部位可发生器质性改变,引起咯血发生。(2)由于各个结核病灶中结核菌数量不同,在空洞坏死层中结核菌量最大,菌检阳性率也较高,周围血管发生品质性改变的概率也更大,从大咯血组患者中慢性纤维空洞型肺结核的构成比例明显高于其他两组也证实了这一点^[7-8]。(3)从 3 组患者的相关因素分析,吸烟、高血压也是大咯血的高危因素,应引起临床重视。

3.2 影响肺结核合并大咯血患者预后的相关因素 将患者按预后分组,存活 33 例为存活组,死亡 26 例,为死亡组,对影响预后的主要因素进行分析。死亡组患者死于窒息、出血性休克、窒息合并休克的发生率分别为 34.62%、42.31%、23.06%,明显高于对照组,由此提示窒息与出血性休克是诱发死亡的重要原因。有咯血病史、累及肺野数大于或等于 5 个说明病变严重程度是影响预后的高危因素,同时高血压、便秘也是诱因之一,长期便秘患者可增大血管压力,可导致血管突然破裂。从死亡组咯血发生时间显示,17 例大咯血发生于夜间,发生率为 65.38%,夜间护理力量薄弱,未及时处理,也是影响患者预后的原因之一。

3.3 肺结核合并大咯血的干预对策 通过以上影响因素分析,(1)在患者入院后应首先对其身体及病史进行全面了解,对

大咯血出现的可能性进行全面评估,进行危险分层,以采取不同的监护措施。(2)对咯血患者进行必要的心理干预。由于咯血对于患者而言是一种强烈的心理应激源,容易产生恐惧与紧张心理,因此,稳定患者情绪是干预的重要内容之一^[9]。(3)高危患者加强夜间的监护,每 30 min 巡视一次,避免出现患者在夜间发生大咯血出现窒息或失血性休克等。(4)咯血发生时的干预。在咯血发生时不论咯血量多少,先协助患者处于正确的体位,同时密切观察患者有无气道阻塞,如有气道阻塞,应迅速解除,以确保血液顺利、迅速排出体外。窒息一旦发生,立即进行相关处理,并发高血压的患者,在常规补充血容量、止血药物应用基础上,给予血管扩张剂,以降低肺循环压力。患者咯血停止后,叮嘱患者卧床休息至痰中无血,直至病情完全稳定,才可下床适当活动。(5)进行饮食干预,以保持大便通畅,便秘患者可适当给予通便药物,以防止因用力大便引起咯血。

综上所述,肺结核并发大咯血患者预后的影响因素众多,有效干预不仅可提高救治成功率,缩短咯血时间,降低病死率,同时还可防止再咯血发生。对提高患者的预后具有积极的意义。了解大咯血的高危因素及预后的影响因素,应正确有效地干预,密切注意病情变化,及时发现咯血并给予有效止血。

参考文献

- [1] 汪立明,刘作勤. 支气管动脉栓塞术治疗大咯血的疗效研究[J]. 医学影像学杂志,2009,19(8):1041-1044.
- [2] 何光菊. 肺结核伴咯血患者的护理[J]. 检验医学与临床,2011,8(2):252.
- [3] 宋松林,周国锋,郑传胜,等. TAE 治疗大咯血的疗效分析[J]. 放射学实践,2012,27(10):1124-1127.
- [4] 汪立明. 支气管动脉栓塞术治疗急症大咯血的疗效研究[D]. 济南:山东大学,2009:1-38.
- [5] 卢占兴,朱培欣,张廷,等. 支气管动脉栓塞术治疗急性大咯血[J]. 医药论坛杂志,2006,27(10):74-76.
- [6] 牟金香,李萍. 支气管动脉栓塞治疗 45 例大咯血患者的护理[J]. 承德医学院学报,2012,29(3):281-282.
- [7] 张汀玉,张桂兰. 开展健康教育对肺结核咯血病人预后的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2004,25(5):601.
- [8] 连展,靖秋生,郑春兰,等. 老年肺结核咯血 117 例临床特征回顾性分析[J]. 江汉大学学报:自然科学版,2008,36(4):68-70.
- [9] 马辰浩. 开滦煤矿地区煤矿工人尘肺合并肺结核发病情况调查分析[J]. 中国现代药物应用,2011,5(22):131-132.