

急诊重症肺炎并发感染性休克的临床分析及护理对策*

徐 蕾¹, 周焕荣² (1. 上海市第十人民医院呼吸内科 200072; 2. 浙江省乐清市第二人民医院呼吸内科 315000)

【摘要】目的 探讨急诊重症肺炎并发感染性休克的临床诊治方法, 分析导致死亡的危险因素, 提出相应的护理对策。**方法** 选取重症肺炎并发休克患者 172 例, 对其临床表现进行统计, 并总结诊断要点和治疗方法。**结果** 172 例患者, 抢救成功 117 例 (68.02%), 死亡 55 例 (31.98%)。受累器官和肺炎数量多、合并慢性阻塞性肺病 (COPD)、消化道出血、营养状况一般的患者病死率较高 ($P < 0.05$), 而是否采用机械通气对病死率影响不大 ($P > 0.05$)。经 Logistic 回归分析, 患者的营养状况和器官受累数量是导致死亡的独立危险因素 ($P < 0.05$)。**结论** 重症肺炎并发感染性休克应早诊断、早治疗, 其病死率较高, 而且与多种因素有关, 在临床工作中, 护理工作应细致而全面, 在对此病充分了解的基础上, 掌握护理要点, 提高护理质量。

【关键词】 急诊; 重症肺炎; 感染性休克; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)10-1430-02

引起感染性休克的重症感染性肺炎被称为休克型肺炎, 是内科常见急症, 感染病原菌多为肺炎双球菌。当患者发生重症肺炎后, 机体抵抗力下降, 细菌的强大毒力阻碍了运动中枢的功能, 导致微循环和小动脉发生麻痹而扩张, 有效血容量减少, 从而因周围循环衰竭而引起休克^[1]。患者往往急性起病, 且病情危重, 对生命安全造成威胁。对其临床特点进行分析, 并以合理的方式进行护理有利于改善患者的预后。本研究回顾分析了 43 例重症肺炎并发感染的临床特点, 并提出了相应的护理方法, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 4 月至 2013 年 3 月本院收治的重症肺炎并发休克患者 172 例, 其中男 136 例, 女 36 例; 年龄 53~76 岁, 平均 (60.28 ± 3.11) 岁; 发病时间 2~4 个月 88 例 (51.16%), 5~6 个月 84 例 (48.84%)。其中, 发热 128 例 (74.42%), 咳嗽 136 例 (79.07%), 痰液为血性或铁锈色 92 例 (53.49%), 胸痛 64 例 (37.21%)。所有患者都有不同程度的脸色苍白, 腹痛、腹泻, 烦躁等表现。行实验室检查, 白细胞 (15~30) × 10⁹/L, 中性粒细胞 75%~90%, 均有不同程度地提高。所有患者均行影像学检查, 其中 164 例 (93.35%) 表现为大片状阴影。

1.2 诊断方法 对于冬春季节发病, 年龄大于 40 岁者应考虑休克型肺炎的可能。如果患者伴有高热或者是体温明显降低; 情感淡漠或者是烦躁; 面色苍白, 出汗、四肢厥冷, 心率大于 120 次/分, 经过多次测量血压均偏低; 行实验室检查, 白细胞升高明显^[2]。对于这样的患者, 一定要在早期进行影像学检查, 以利确诊。

1.3 治疗方法 并发感染性休克之后, 由于有效血容量大幅降低, 患者需要大量补液。常规是建立两条静脉通道, 按照先平衡盐溶液后葡萄糖的顺序进行。对于微血管扩张, 外周阻力下降, 血压小于 80/50 mm Hg, 心率大于 100 次/分, 皮肤温暖, 表情淡漠的温型休克患者在充分补液的基础上适当使用缩血管物质^[3]。对于在早期微小动脉、毛细血管前括约肌和微静脉均处于收缩状态, 血压小于 50/40 mm Hg, 心率大于 120 次/分, 脉搏细弱, 皮肤湿冷, 表浅血管陷闭, 少尿甚至无尿, 情

绪躁动或者昏迷的冷休克患者在补液的同时应给予适当的血管扩张药物, 并对患者的酸碱平衡进行调节, 给予吸氧治疗, 必要时给予强心剂、肝素等。当患者血压、心率均难以测得, 皮肤冰冷, 无尿, 神智陷入深昏迷后, 治疗难度往往较大, 在补充血容量的同时应给予大量的激素、山莨菪碱进行治疗^[4]。控制感染是对休克型肺炎进行治疗的关键。由于患者疾病急骤, 病情进展迅速, 在早期, 只能依据患者的病史、临床表现以及辅助检查结果对可能的致病菌进行推测, 根据经验选取相应的抗菌药物进行治疗。一般而言, 由于休克患者肾功能有可能会受到影响, 因此多选择青霉素和三代头孢类抗菌药物联合应用, 待病情稳定之后, 再根据细菌培养结果进行调整。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析, 计数资料以率表示, 比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗效果 172 例患者中, 抢救成功 117 例 (68.02%), 死亡 55 例 (31.98%)。

表 1 172 例重症肺炎患者死亡危险因素单因素分析

因素	n	死亡[n(%)]	χ^2	P
器官受累数量(个)	1~2	72 20(27.78)		
	≥3	100 35(35.00)	7.165	0.035
COPD	有	128 38(29.69)		
	无	44 17(38.64)	8.215	0.026
肺叶受累数量(个)	1~2	139 39(28.06)		
	3	33 16(48.48)	8.374	0.023
消化道出血	有	46 19(41.30)		
	无	126 26(20.63)	8.259	0.025
营养状况	一般	122 42(34.43)		
	好	50 13(26.00)	7.782	0.030
机械通气	未用	89 29(32.58)		
	使用	83 26(31.33)	1.054	0.712

* 基金项目: 浙江省温州市年底医药卫生科学研究计划 (温审-2013B17)。

2.2 死亡危险因素分析 受累器官和肺炎数量多、合并慢性阻塞性肺病(COPD)、消化道出血、营养状况一般的患者病死率较高($P < 0.05$),而是否采用机械通气对病死率影响不大($P > 0.05$)。见表 1。经 Logistic 回归分析,患者的营养状况和器官受累数量是导致死亡的独立危险因素($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 172 例重症肺炎患者死亡危险因素多因素分析

因素	回归系数	标准误	OR	95%CI	P
合并消化道出血	0.947	0.642	2.157	0.610~7.482	0.153
营养不充分	1.388	0.471	3.915	1.533~9.154	0.010
器官受累数量大于或等于 3 个	1.142	0.455	3.120	1.243~8.023	0.019

3 讨 论

重症肺炎并发休克往往意味着出现了周围循环衰竭,在临床又被称为中毒性肺炎,是肺炎最为严重的一个类型,可发生于各个年龄段,但是由于老年人各组织器官功能发生退行性变,且多合并基础疾病,机体抵抗力降低,此年龄段的患者更容易在感染重症肺炎之后出现休克。由于病程进展快速,在对患者进行早期诊断、合理治疗的同时,对患者的病情变化进行密切观察,稳、准、快的完成各项护理操作是抢救成功的重要保证^[5]。

以往认为通过采取头低脚高位有利于增加脑部的血流量,但是近年来的研究反而认为这样的体位会使腹腔脏器和膈肌上移,影响到呼吸功能。本文的做法是当患者出现休克时,采取去枕平卧,仅抬高下肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$,增加下肢的回心血量^[6]。

缺氧会对患者的脑、心、肝、肾等组织都造成较大的不良影响,因此在对休克患者进行抢救的过程中应当适当提高其吸氧浓度,尽快纠正患者缺氧。根据患者吸氧方式的不同,鼻导管和面罩吸氧的氧流量可分别设置为 $3 \sim 5 \text{ L/min}$ 和 $5 \sim 8 \text{ L/min}$ 。在纠正休克之后,可适当逐渐地降低氧流量,以免发生氧中毒^[7]。

休克患者受到有效循环血量减少的影响,血管弹性较差,静脉穿刺较为困难,在必要时可以通过静脉切开的方式进行输液。在建立静脉通道之后,为了提高补液速度,可以通过一条通道补充血容量,另一条通道给予血管活性药物。补充血容量应根据先盐后糖、先快后慢的原则进行。在输液的过程中护理人员对于患者的病情变化要格外注意,在条件允许的情况下可以监测肺毛细血管楔压,随时对输液速度进行调整,以免发生肺水肿^[8]。

由于休克状态下,肾小动脉会发生痉挛,而减少局部血流,导致肾素生成增加,肾小球滤过率减少,对肾实质造成损害。而肾脏作为对水、电解质和内环境稳定的重要调节脏器,通过尿量的观察,可以侧面了解有效循环血量以及肾功能。因此休克患者应常规留置导尿,对每小时的尿量进行观察,并测定尿比重和 pH。如果缓和尿量明显减少,则说明血容量不足,而尿量增加则表明循环功能和肾灌注良好。如果血容量恢复而尿量仍然不足,应考虑是否为急性肾衰竭,并要及时向医生报告^[9]。

如果在救治的过程中,患者的体温持续下降,四肢湿冷,往

往提示休克加重,应当给予适当地保暖措施。如果患者以高热为主要表现,为了减少代谢,最好选择物理降温,而尽量避免使用作用较强的解热镇痛药物,以免大量出汗和扩张血管而导致血容量进一步下降,加重休克。定时测量患者的血压和脉搏,待血压稳定之后,可以逐渐地降低药物的浓度和注射速度,直至停药^[10]。

由于该病病死率较高,因此护理人员一定要对护理文书进行规范而详细地书写,一旦发生医疗纠纷可以有效地保护自己。

综上所述,重症肺炎并发感染性休克,病死率较高,而且与多种因素有关,应早诊断、早治疗。在临床工作中,护理工作应细致而全面,在对此病充分了解的基础上,掌握护理要点,提高护理质量。

参考文献

- [1] 李冠华,张力,李月川,等.重症甲型 H1N1 流感病毒肺炎的临床和病理特征[J].天津医药,2010,38(1):32-35.
- [2] 林洁,董琳,李海燕,等.重症呼吸道合胞病毒肺炎临床特点及抗菌药物使用分析[J].临床儿科杂志,2011,29(5):454-458.
- [3] 贾金广,于洪涛,刘艳红.前白蛋白、C-反应蛋白和 D-二聚体在肺炎并感染性休克患者中的动态变化[J].中国综合临床,2010,26(5):496-498.
- [4] 臧金萍.动态监测重症肺炎并休克患者血清降钙素原(PCT)水平的临床意义[J].中国社区医师:医学专业,2011,13(22):255-256.
- [5] 龙怀聪,肖邦榕,刘跃建,等.162 例成人重症肺炎临床特点及死亡危险因素分析[J].实用医院临床杂志,2011,8(4):75-78.
- [6] 王旭东,刘丽娜.老年重症肺炎 132 例临床分析[J].中国医刊,2012,47(5):54-56.
- [7] 陈枫,赵大伟,文硕,等.重症及危重症甲型 H1N1 流感肺炎的影像表现[J].中华放射学杂志,2010,44(2):123-126.
- [8] 杜芳,黄英,舒畅,等.小儿重症腺病毒肺炎混合感染及高危因素分析[J].中国当代儿科杂志,2013,15(5):375-378.
- [9] Iwao Y, Khokhlova OE, Takano T, et al. Fatal pneumonia in HIV-infected patients from a novel ST239 methicillin-resistant Staphylococcus aureus carrying the toxic shock syndrome toxin-1 gene in Krasnoyarsk, Siberian Russia [J]. Jpn J Infect Dis, 2012, 65(2): 184-186.
- [10] Spyridaki A, Raftogiannis M, Antonopoulou A, et al. Effect of clarithromycin in inflammatory markers of patients with ventilator-associated pneumonia and sepsis caused by Gram-negative bacteria: results from a randomized clinical study[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2012, 56(7): 3819-3825.