

一例 H7N9 行 ECMO 治疗患者压力性损伤的护理

高楠 宋盼盼 杨晶

中日友好医院 黑龙江 100029

〔摘要〕压力性损伤 (pressure injury) 系指皮肤或皮下软组织局部损伤, 通常位于骨突处或 / 与医源性设备有关。此损伤病灶可能是完整的皮肤或开放性伤口, 也可能伴随有疼痛感。损伤的发生来自于强烈和 / 或长期的压力、或压力合并剪力。软组织对于压力及剪力的耐受力也可能受到微气候 (microclimate)、营养、组织灌注、合并症及软组织的状况影响 (NPUAP, 2016b)。发病率约为 3%—14%^[1]。多见于机体衰弱、瘫痪及长期卧床患者, 同时也是临床最常见的并发症之一, 是护理研究需要攻克的“顽症”^[2]。它不仅给病人带来痛苦, 严重者由于感染等因素致病情加重而迁延难愈^[3]。ECMO (体外膜肺氧合) 技术是一种持续体外生命支持疗法, 可为危重患者提供一定的氧供和稳定的循环血量。然而在应用这项技术的过程中需要对病人进行全身肝素化治疗, 部分凝血时间 (ACT) 维持在 150-200S, 有管路穿刺的肢体制动, 给我们对压力性损伤的护理增加了难度系数。我们将 1 例 H7N9 行 ECMO 治疗患者压力性损伤患者的护理取得了良好的效果。下面将治疗过程报告如下。

〔关键词〕压疮; 护理; 治疗

〔中图分类号〕R473.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 01-129-02

1 资料与方法

1.1 病例介绍

患者, 男, 18 岁, 于 2017 年 6 月 14 日因“发热 1 周, 呼吸困难 1 天”就诊于我院, 诊断: “甲型流感病毒肺炎 (H7N9)”。入院后病情危重, 经专家会诊后行 ECMO 治疗。由于患者持续高热, 血流动力学不稳定, 长时间卧床, 身体消瘦 BMI 值为 15.9 营养不良, WBC: 19.37X10.9/L, 中性粒细胞: 15.6X10.9/L, ACT: 160-180S, APTT: 55-65S, 全身肝素抗凝, 于 6 月 28 日骶尾形成 12*17cm 大小不可分期褥疮。创面基底 80% 黑痂, 有波动感, 肉眼可见创面大量黄色渗液, 判定有痂下结脓, 无黑痂处均为腐烂组织, 有异味, 周围组织水肿发红明显, 护理诊断为 IV 期压疮合并感染。

2 护理

2.1 全身护理

2.1.1 基础护理

压力是造成压力性损伤的根源, 加强基础护理有效的减少压力性损伤的发生, 从而促进压力性损伤创面的愈合。增加受力面积减轻局部组织分担的压力, 从而降低受压部位的压力。

2.1.2 营养护理

良好的营养状况是预防压力性损伤的必要条件, 也是创面愈合的重要条件之一。患者入院时机体消瘦, 贫血, 低蛋白血症, 高热使得胃肠蠕动速度减慢。故此在患者痊愈过程中条件容许的情况下应鼓励患者进食高热量、高蛋白、高维生素易消化的饮食, 同时可通过静脉遵医嘱给予高营养治疗, 更好有效的为机体提供养分和能量, 提高机体免疫力和组织修复能力, 促进创面愈合。

2.1.3 控制全身感染

密切监测患者各项生命指标及感染指标, 积极配合医生制定的治疗方案, 精准给予抗感染药物治疗, 严格遵循无菌操作原则, 保持患者六洁, 每日用洗必泰擦浴全身降低院内感染和多重耐药菌的风险^[4]。

2.1.4 维持氧合

密切监测患者氧合指标, 给予足够的氧气浓度和流量, 定时及按需协助患者排除痰液, 保持气道通畅, 降低气道阻力。定时测量气囊压力, 及时倾倒呼吸机管路内的冷凝水, 降低呼吸机相关性肺炎的发生率。

2.2 局部护理

2.2.1 清创护理

由于患者全身肝素化治疗, 机体抵抗力及组织修复力低下, 外科清创会提高出血感染的发生率, 因此首选药物清创。先用 0.5% 碘伏消毒创面, 再用 0.9% 生理盐水清洗附着黑色结痂创面, 待干后将清创胶涂于结痂处, 再用泡沫敷料加以保护, 待黑痂软化后将其和剩余坏死组织、分泌物采用外科清创法逐层剥离清创去除, 逐层剥离缓慢匀速进行降低出血感染风险。

2.2.2 换药护理

换药应严格遵守无菌操作原则, 用 0.9% 生理盐水冲洗清创完成的创面, 待干后将珍珠烧伤膏与多粘菌素 B 按 1:1 比例混合均匀后涂于创面上, 在加凡士林纱布外固定, 以保证新生的肉芽组织从内向外生长, 最后用泡沫敷料进行覆盖创面, 包扎固定。根据创面渗出情况每 3-7 天换药一次。珍珠烧伤膏是具有解毒去腐生肌, 活血化瘀, 促进血液循环, 并使压疮周围组织向健康组织转化作用^[1]的一种膏状制剂。多粘菌素 B 软膏具有良好的抗菌作用及麻醉镇痛作用。

2.2.3 减压护理

从住院开始应用气垫床, 设定符合患者情况的气垫压力, 使患者更加舒适, 更有利于压力性损伤的恢复。根据患者皮肤状况, 每一小时翻身一次, 翻身时骶尾部放置海绵气圈, 以利于避免伤口处外涂药物受挤压后外漏。

2.3 健康宣教

向患者及家属讲解有关压力性损伤的知识及怎样预防此类损伤的产生, 得到家属及患者的理解和支持。

2.4 心理护理

发生压力性损伤的患者多数都是行动不便或长期卧床,

(下转第 131 页)

经心理护理结合同伴教育后, 实验组的 CD4+T 淋巴细胞 水平与病毒载量都优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1: 分析两组服药依从情况 [n(%)]

组别	例数	完全依从	基本依从	不依从	总依从效率
实验组	25	22 (88.00)	3 (12.00)	0 (0.00)	25 (100.00)
对照组	25	15 (60.00)	5 (20.00)	5 (20.00)	20 (80.00)
χ^2					5.556
P					0.018

表 2: 对比两组治疗前后的 CD4+T 淋巴细胞数目与病毒载量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	病毒载量		CD4+T 淋巴细胞水平	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	25	5.81 ± 0.53	2.98 ± 0.31	162.04 ± 4.23	375.26 ± 5.08
对照组	25	5.79 ± 0.74	2.34 ± 0.15	156.14 ± 5.06	256.37 ± 3.49
t		0.110	9.292	4.473	96.450
P		0.913	0.000	0.000	0.000

3 讨论

艾滋病不仅仅是一种严重的疾病, 也成为了一个不容忽视的社会问题。目前临床上尚未有有效治疗艾滋病的药物和有效预防 HIV 感染的疫苗, 仅依靠抗病毒治疗的方式最大程度减少患者机体中病毒载量, 以增强患者自身免疫力, 提高患者生活质量^[2], 降低传染性。

大多数 HIV 患者的日常生活相对比较孤独, 同时受到社会歧视, 得不到家人的谅解, 这些因素易导致患者出现诸多负面情绪, 大多数患者会有恐惧、烦躁、绝望等不良心理状况, 同时患者对自己的行为会产生后悔, 从而加重心理负担, 甚至有些感染者会放弃治疗, 有些感染者过于紧张、焦虑, 对医护人员不信任, 害怕治疗会暴露自己的信息, 还有些感染者服用抗病毒治疗药物后, 副反应严重, 又缺乏亲人朋友的支持系统, 对治疗失去信心等等这些因素成为患者治疗依从性下降的主要原因。

社会组织同伴教育人员可能有着类似的背景与经历, 或者由于某些因素, 促使患者间有了共同语言, 共同讨论有用的信息、理念与行为, 最终教育方案形成^[3]。在有效开展心理护理的基础上, 结合社会组织同伴教育, 更容易赢得感染者的信任, 使感染者找到归属感。可以有效调节感染者焦虑、

紧张等负面情绪, 增加治疗的信心, 提升患者服药的总依从效率, 疗效显著^[4]。本次研究, 分析实验数据发现, 实验组的服药总依从效率明显高于对照组, 且 CD4+T 淋巴细胞水平与病毒载量也都优于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, HIV 感染者接受抗病毒治疗时, 应用心理护理结合社会同伴教育的护理模式, 可以提高患者的服药依从性, 有着较高应用价值。

[参考文献]

- [1] 张丽琴. 心理护理结合同伴教育对艾滋病患者抗病毒治疗服药依从性的影响 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(28):136-137.
- [2] 岳小萍. 心理护理联合同伴教育对艾滋病患者抗病毒治疗服药依从性的效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(73):267-268.
- [3] 顾训梅, 赵艳. 心理护理结合同伴教育对艾滋病患者抗病毒治疗服药依从性的影响研究 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(12):264-265.
- [4] 刘柳玲, 吴宁生. 心理护理联合同伴教育对艾滋病患者抗病毒治疗服药依从性的应用效果 [J]. 系统医学, 2018, 3(08):172-176.

(上接第 129 页)

应给患者多讲解此类损伤成功愈合的案例, 取得患者的信任, 增强战胜疾病的信心, 给予生活护理。

2.5 清洁环境

每天做好物表消毒, 病情危重易感者给予安排单间病房, 避免交叉感染。

3 结果

患者褥疮部位 20 天黑痂完全剥离, 5 天后新鲜肉芽组织生成, 15 天肉芽爬行速度加快, 5 天后给予新生肉芽加以修剪, 24 天后创面完全愈合, 皮肤表面光滑, 色泽粉润。

4 讨论

压力性损伤是全身和局部因素综合作用所引起的皮肤组织变性、坏死的病理过程^[5]。珍石烧伤膏的作用机制是解毒去腐生肌, 活血化瘀, 促进血液循环, 并使压疮周围组织向健康组织转化, 而多粘菌素 B 软膏作用机制是: 具有杀菌, 促进伤口愈合, 减轻疼痛感等功效。二者联合应用有效隔绝空气及细菌的进入, 珍石烧伤膏油性强, 易于创面组织表面结合而形成一层保护屏障, 而多粘菌素 B 软膏有效地抑制了细菌的滋生, 有利于肉芽组织生长和创面的愈合^[6]。二者联

合应用的同时, 加强患者的基础护理及心理护理和饮食指导具有重要的意义。ECMO 患者抗凝治疗期间由于出凝血及感染风险的增加, 我们采取药物清创治疗的方法有效避免了创面出血的问题, 从而降低感染及失血风险。二者联合应用温和不再次创伤减轻了患者的痛苦。

[参考文献]

- [1] 王淑军, 等. 湿润烧伤膏治疗 II 期褥疮临床疗效观察 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2004, 16(4): 288.
- [2] 何咏群, 杜爱华, 邱淑丽. 褥疮护理研究进展 [77. 当代护士, 2004(5):12-14
- [3] 谷忠建, 冯惠群, 梁宏燕. 达克宁粉治疗褥疮的临床疗效观察 [1]. 现代护理, 2006, 12(10):908.
- [4] Climo, M. W. D. S. yokoe, D. K. Warren et al. Effect of daily CHG bathing on hospital-acquired infection [J]. N Engl J Med, 2013, 368(6): 533-542.
- [5] 吴玉珍, 李凤廷, 李萍. 压疮的预防及护理 [J]. 承德医学院学报, 2006;23(1):43-44
- [6] 朱佳颖. 珍石烧伤膏加抗菌医用敷料治疗压疮患者的护理 [J]. 中国医学指南, 2012, 114(1):258-258