

小儿重症肺炎合并呼吸衰竭的急诊急救措施分析

李春花

湖南航天医院 湖南长沙 410205

【摘要】目的 探讨小儿重症肺炎合并呼吸衰竭的急诊急救措施。**方法** 抽选我院 148 例小儿重症肺炎患者。对照组：实施常规急救措施；观察组：实施急诊急救措施。**结果** 观察组患者在肺部啰音消失时间、发绀消失时间、呼吸困难好转时间以及心率恢复正常时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前，两组患者的血气指标无较大差距 ($P > 0.05$)；治疗后，观察组患者的 SaO_2 、 PaCO_2 、 PaO_2 、PH 指标改善优于对照组 ($P < 0.05$)。观察组患者不良反应发生率 2.70% 比对照组的 13.51% 要低 ($P < 0.05$)。**结论** 将急诊急救措施应用于小儿重症肺炎合并呼吸衰竭患者中，不仅可降低患者的死亡率，还能改善患者临床症状，确保预后效果，从而获得患者与医师的认可与满意，值得在临床中大力推广应用。

【关键词】 重症肺炎；小儿；呼吸衰竭；急诊急救措施

【中图分类号】 R725.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 01-007-02

重症肺炎是儿童阶段高发疾病，重症肺炎临床症状表现为肺部感染、意识不清、咳嗽以及肢体发冷等情况，若不及时开展治疗会引发休克，甚至呼吸衰竭情况，严重影响小儿患者的生命健康。所以，及时对疾病做出诊断并开展相对应对治疗对小儿患者的成长和预后有着重要意义^[1]。本文就针对小儿重症肺炎合并呼吸衰竭患者实施急诊急救措施，观察其临床价值，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽选我院 2017 年 8 月 -2018 年 5 月 148 例小儿重症肺炎患者。通过不同治疗方式将其分为两组，对照组和观察组，各组 74 人。对照组，男性 40 人，女性 34 人，年龄 1 至 6 岁，平均年龄 (4.54 ± 1.60) 岁。观察组：男性 41 人，女性 33 人，年龄 1 至 7 岁，平均年龄 (4.60 ± 1.63) 岁。患者在一般资料信息方面进行比较，差异小，无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准与剔除标准

纳入标准：①患者同意此次研究；②通过一系列检查，确诊患者重症肺炎；

剔除标准：合并严重高血压、心脏病患者；有精神系统疾病患者；存在肺气肿、肺大泡患者。

1.3 方法

对照组：实施常规急救措施；实施 CPAP 治疗，应用鼻导管吸氧，氧流量控制在 $0.5\text{L}/\text{min}$ 。

观察组：实施急诊急救措施；呼吸衰竭诊断标准：小儿患者的呼吸频率每分钟超过 60 次，心率每分钟超过 180 次。患者面色苍白，指甲微血管持续处于充盈状态，情绪波动大，心音低钝，肝脏扩大，尿量减少以及肢体浮肿。

小儿患者年龄偏小，极易出现哭闹的情况，若有必要可给予小儿患者苯巴比妥实施镇静，多加观察小儿患者的情绪以及生命指标，适当的调整患者通气状态，应用正确的抗生素，避免感染情况发生，护理人员定时辅助小儿患者翻身、拍背、促痰等，饮水的时候观察滴定的速度，避免对小儿患者的心脏增加负担，保持小儿患者呼吸通畅，应用祛痰药物减少痰液的粘稠度，若有必要可实施吸痰处理，给予患者支气管扩张，改善气道痉挛，确保通气正常。应用肾上腺皮质激素，可选择氢化考或者地塞米松进行静脉点滴^[2]，从而改善小儿患者呼吸道水肿情况，若以上治疗措施仍无法改善患者机体情况，可实施气管插管合作和气管切开实施机械通气。应用婴儿呼吸模式开展治疗，吸入氧气浓度控制在 44%-91%，氧流量控制为 $5-13\text{L}/\text{min}$ ，气道压力为 0.4kPa 。

1.4 观察指标

记录两组患者基本治疗情况，例如呼吸困难、心率恢复正常时间等，对比治疗前、后两组患者的血气指标情况^[3]。观察治疗后，患者是否有不良反应发生。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析，计数资料以率表示，采用 χ^2 检验，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者基本治疗情况

观察组患者在肺部啰音消失时间、发绀消失时间、呼吸困难好转时间以及心率恢复正常时间均短于对照组，两组开展对比，差距显著，有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表 1

表 1：对比两组患者基本治疗情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	发绀消失时间 (h)	肺部啰音消失时间 (d)	呼吸困难好转时间 (h)	心率恢复正常时间 (h)
对照组	74	35.22 ± 2.34	7.11 ± 1.78	38.80 ± 2.33	44.24 ± 3.45
观察组	74	28.34 ± 1.65	4.70 ± 1.11	25.98 ± 1.89	30.42 ± 4.23

表 2：对比两组患者治疗前、后血气指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	治疗前 / 后	SaO_2	PaCO_2	PaO_2	PH
对照组	74	治疗前	79.77 ± 5.45	52.44 ± 3.43	45.67 ± 4.88	7.18 ± 1.02
		治疗后	85.67 ± 5.78	52.33 ± 3.30	63.54 ± 3.45	7.22 ± 1.00
观察组	74	治疗前	79.45 ± 5.44	52.45 ± 3.78	45.56 ± 4.67	7.20 ± 1.20
		治疗后	92.33 ± 6.02	47.20 ± 3.43	79.99 ± 4.23	7.41 ± 1.04

2.2 对比两组患者治疗前、后血气指标情况

治疗前, 两组患者的血气指标无较大差距 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的 SaO_2 、 PaCO_2 、 PaO_2 、 PH 指标改善的优于对照组, 两组开展对比, 差距显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体表 2

2.3 对比两组患者治疗后不良反应发生率

观察组患者不良反应发生率 2.70% 比对照组的 13.51% 要低, 两组开展对比, 差距显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表 3

表 3: 对比两组患者并发症发生率 (n, %)

小组	例数	腹胀	口干	脸部受压充血	总发生率
对照组	74	4 (5.41)	3 (4.05)	3 (4.05)	13.51
观察组	74	1 (1.35)	1 (1.35)	0 (0)	2.70

3 讨论

重症肺炎是小儿患者高发疾病, 此疾病易反复发作, 而且会诱发一系列严重并发症, 威胁小儿患者的生命安全。急诊是救治此类患儿的前沿阵地, 对于此类患儿, 需要高效的急救措施, 帮助患儿提高恢复效率, 减少并发症的发生。需要注意的是, 以往此类患儿予以常规的急救措施, 缺乏针对性, 也没有细化的救治流程, 使得效率下降。这也说明, 对小儿重症肺炎合并呼吸衰竭患者实施急诊急救可调节其机体呼吸不畅情况, 确保其生命安全^[4]。

通过此次研究中, 实施急诊急救措施在基本治疗情况、血气指标以及治疗后不良反应发生率方面均有一定优势。而且实施急诊急救措施还可缩短患者治疗时间, 改善机体呼吸窘迫的情况, 从而降低死亡率^[5]。

综上所述: 将急诊急救措施应用于小儿重症肺炎合并呼吸衰竭患者中, 不仅可降低患者的死亡率, 还能改善患者临床不适症状, 确保预后效果, 从而获得患者与医师的认可与

满意, 值得在临床中大力推广应用。

参考文献:

- [1] 刘新安. 经鼻持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭临床疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(12):2763-2764.
- [2] 王玉璞, 韩波, 高怡珍, 等. 早期 CPAP 对小儿重症肺炎并呼吸衰竭血气指标及预后的影响 [J]. 临床肺科杂志, 2016, 13(1):75-77, 78.
- [3] 董力杰, 张蕾, 芦菲, 等. 肺保护性通气策略联合一氧化氮吸入治疗小儿重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征 10 例报道 [J]. 中国小儿急救医学, 2014, 21(1):41-42.
- [4] 孙静. 经鼻持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭的临床疗效 [J]. 中国疗养医学, 2016, 25(10):1073-1075.
- [5] 徐建洪, 岳晓明, 刘江, 等. 早期持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭疗效分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报 2015, 13(3):358-359.

(上接第 5 页)

3.2.4 加强疾病健康宣传, 在换药过程中需要对患者进行健康宣教, 强化患者的自我保护意识, 并且向患者说明换药时间、换药次数等, 在换药过程中可以与患者进行交流, 分散患者的注意力, 以减轻患者的疼痛感受。在换药过程中, 患者可能因疼痛而产生恐惧、焦虑等情绪, 护理人员应及时对患者进行安慰、鼓励等, 减轻患者的负面情绪, 提高换药效率^[9]。

综上所述, 门诊外科是各类疾病患者汇集的地方, 也是病菌集中存在的地方, 是交叉感染与院内感染的高发科室, 做好门诊外科换药护理工作, 不仅是对患者的健康与安全负责, 也是对医务人员自身负责。因此, 门诊外科换药过程中, 应采取科学有效的护理措施对交叉感染进行控制, 还应加强与患者的沟通, 树立患者的防感染意识, 从而提升门诊外科换药的护理质量。

参考文献:

- [1] 李巧云. 门诊外科换药的护理及感染控制研究 [J]. 大

家健康 (学术版), 2015, 9(19):180-181.

- [2] 苏永利, 李惠锋. 门诊常见外科切口感染的换药方法及护理体会 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2010, 12(7):143-143.
- [3] 李翠萍. 门诊外科换药的护理及感染控制研究 [J]. 当代医药论丛, 2012, 10(12): 666.
- [4] 杨斌. 门诊外科换药的护理及感染控制研究 [J]. 大家健康 (学术版), 2014, 8(16):277-278.
- [5] 卢蕴玉. 门诊常见外科换药的护理及感染控制 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(31):204-206.
- [6] 徐素珍. 护理安全管理在降低外科换药室内感染中的应用 [J]. 饮食保健, 2016, 3(8):181-182.
- [7] 黄春霞, 曾萍, 陈萍红. 门诊换药室感染的相关因素分析与预防措施 [J]. 护理实践与研究, 2013, 10(3):91-93.
- [8] 叶美妹. 手术切口感染的相关因素及门诊换药的护理探析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(36):4584-4585.
- [9] 郑瑞花. 门诊换药室严格控制医院感染的护理体会 [J]. 中国美容医学杂志, 2011, 20(s5):39-42.

(上接第 6 页)

者术后血流动力学比对照组患者更加稳定。同时, 术后 6h、术后 1d、术后 2d 时观察组患者 VAS 评分明显低于对照组患者 ($P < 0.01$)。这一结果表明右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于宫颈癌根治术后镇痛能够有效改善患者的心血管稳定性和 VAS 评分, 其镇痛效果明显优于单用右美托咪定的对照组, 能够有效改善患者的预后和病情。

综上所述, 右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于宫颈癌根治术后患者镇痛比单用右美托咪定镇痛的患者心血管反应更稳定、VAS 评分更低。

参考文献:

- [1] 田旻, 李宇, 张勤功. 不同剂量右美托咪定复合舒芬太尼在宫颈癌根治术后镇痛效果的比较 [J]. 山西医科大学学报, 2013, 44 (12): 997-999.