

肠梗阻致感染性休克并发多脏器功能衰竭患者 1 例护理

朱丽,俞超,高春华

(浙江大学医学院附属第一医院重症监护室,浙江 杭州 310003)

摘要:总结 1 例肠梗阻致感染性休克并发多脏器功能衰竭患者的护理要点。通过医护共同参与疾病讨论,针对性制定患者器官功能支持期和康复锻炼期的治疗护理计划并实施,成功救治了该例患者。

关键词:肠梗阻;感染性休克;多脏器功能衰竭;护理

中图分类号:R473

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2020.04.065

文章编号:1006-1959(2020)04-0190-03

Nursing Care of a Patient with Septic Shock Complicated by Multiple Organ Failure Due to Intestinal Obstruction

ZHU Li,YU Chao,GAO Chun-hua

(Intensive Care Unit,the First Affiliated Hospital of Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, Zhejiang, China)

Abstract: To summarize the nursing of a patient with septic shock and multiple organ failure caused by intestinal obstruction. Through medical and nursing participation in the discussion of the disease, the treatment and care plan for the patient's organ function support period and rehabilitation exercise period were formulated and implemented, and the patient was successfully treated.

Key words: Intestinal obstruction; Septic shock; Multiple organ failure; Nursing

肠梗阻(intestinal obstruction)是常见外科急腹症之一,不但会引起肠管自身形态和功能改变,还可导致全身生理功能紊乱,当并发多脏器功能衰竭时,死亡率高达 75%~100%,是腹部外科危重患者常见死亡原因之一^[1]。我院 2018 年 9 月成功救治了 1 例肠梗阻致感染性休克并发多脏器功能衰竭患者,通过 ICU 医护团队紧密协作,早期严密监测,维持各器官功能支持,后期开展康复锻炼,促进胃肠功能和肌力恢复,患者最终顺利脱机,现将该例患者护理体会总结如下。

1 临床资料

患者,男,59 岁,因“腹泻、便血、发热 6 天,停止排气排便 2 天”收治于浙江大学医学院附属第一医院感染内科,入院后腹部 CT 示:小肠扩张伴积液及气液平面,提示肠梗阻。患者主诉腹胀,无腹痛,叩诊鼓音,移动性浊音(-),遂在超声引导下置入腹腔引流管,引出淡血性液体 1000 ml。既往患肾病综合征 1 年,于病房行血透过程中突发呼之不应,氧饱和度未测及,血压降至 64/40 mmHg,紧急气管插管后转入 ICU。入科时患者血压 50/26 mmHg,去甲肾上腺素 10 mg 加入 5%葡萄糖注射液 50 ml,以 20~25 ml/h 静脉维持,T:38.9℃,HR:121 次/min,SPO₂:98%,CVP:6 mmHg,无尿。血气分析结果示:pH:7.202, HCO₃⁻:13.3 mmol/L, BE:13.6 mmol/L, 乳酸:3.8 mmol/L。呼吸机辅助通气 AC 模式,PC:23 cmH₂O, PEEP:5 cmH₂O, FiO₂:50%,转入 ICU 时腹部膨隆明显,无压痛反跳痛,未闻及肠鸣音,腹部引流管未见引流液。外科会诊后转入手术室紧急行

“肠切除术”。术中见腹腔大量浑浊草绿色积液,距回盲部 1 m 处,近 60 cm 小肠坏死伴局部穿孔。手术切除坏死小肠并放置腹腔引流管。术后转回 ICU,予泰能、舒普深、利奈唑胺、可乐必妥、科赛斯抗感染,留置脉搏指示连续心排量(PICCO)导管行血流动力学监测,行 24 h 不间断 CRRT 支持肾脏并调整容量。血肌酐从入科 359 μmol/L 降至 88 μmol/L,尿量恢复至 1050 ml/d,调整 CRRT 治疗时间为隔日 12 h/d。胃肠减压引流量从入科时 2000~3950 ml/d,予红霉素静滴,足三里新斯的明注射 4 d 后,引流量逐渐减少至 160~300 ml/d,静脉高营养继续支持。入科 9 d 后经 PSV 模式呼吸锻炼后拔除口插管,改用高流量鼻导管吸氧,因排痰能力欠佳,3 d 后患者出现呼吸困难,氧饱和度降至 80%,再次插管,行呼吸机辅助通气,第 2 天行气管切开术。期间逐步开始肠内营养支持,从米汤过渡至瑞代,从滋养型到全量喂养,患者在脱机前已达到喂养目标,2000 kcal/d。血肌酐维持 84~92 μmol/L,尿量 2000~2640 ml/d,停用 CRRT 治疗。气管切开 18 d 后脱机,改气切处接高流量面罩,氧饱和度 97%,脱机 3 d 后停高流量氧疗并更换一次性气切套管为金属套管,4 d 后拔除金属套管,改为双鼻导管 2 L/min 吸氧,氧饱和度 95%,呼吸平稳,咳嗽有力,转回病房继续治疗。

2 护理措施

2.1 器官功能支持期的监护 感染性休克是以全身感染致器官功能损害为特征的临床综合征,病情进展迅速,往往序贯并发多脏器功能衰竭,是当前危重患者死亡的主要原因之一^[2]。此类患者前期的护理目的主要为严密监测病情变化,协助医生改善器官灌注,进行器官功能支持治疗。该患者转入 ICU,要求去甲肾上腺素 10 mg/50 ml 维持平均动脉压

作者简介:朱丽(1987.9-),女,浙江杭州人,本科,护师,主要从事重症监护室护理工作

通讯作者:高春华(1975.7-),女,浙江杭州人,本科,副主任护师,主要从事临床护理工作

70 mmHg, 并严密监测记录患者心率、血压、血氧饱和度。配合医生进行 PICCO 及床边心脏超声监测, 有效管理患者液体容量^[9]。根据目标医嘱, 床边护士动态及时的调整输液量及去甲肾上腺素使用剂量。该患者存在急性肾损伤, 实验室检查肌酐 359 $\mu\text{mol/L}$, 无尿, 遵医嘱即行床边 CRRT 治疗, 根据 PICCO 监测指标及床边心脏超声结果及时调整 CRRT 脱水量, 每 2~4 h 监测电解质及血气变化, 严格遵循目标医嘱, 尽快调整患者内环境至稳态。该患者入 ICU 时, 呼吸衰竭, 气管插管, 护士检查气管导管置入深度, 型号, 判断是否与该患者匹配, 固定是否松紧合宜。连接低负压 -100 mmHg 进行气囊上方分泌物吸引, 防止误吸。充分镇静镇痛, RASS 评分维持 -2~-3 分, 动态评估调整药物剂量。严格遵循无菌原则, 及时清理呼吸道分泌物。协助医生建立深静脉, 监测中心静脉压及 PICCO, 同时选择正确的血管通路进行静脉治疗, 维持去甲肾上腺素等血管活性药物及静脉高营养支持。落实基础护理, 如严格 1 次/4~6 h 执行口腔护理, 按护理常规维护深静脉及各类导管, 控制医院感染。

2.2 康复锻炼期护理

2.2.1 脱机护理 患者在 ICU 住院期间经历了插管、拔管、再插管及气管切开的呼吸治疗过程。主要因为咳嗽咳痰能力较弱。人工气道有效管理及肌力康复锻炼成为该患者是否能成功脱机最关键的护理内容。医护团队共同协商, 为该患者制定个体化脱机方案。①人工气道管理计划: ①预防感染, 有效清除痰液, 改善氧合。严格无菌操作, 避免小孔吸痰, 减少院内交叉感染机率; 呼吸皮囊膨肺, 防止因频繁吸引导致肺不张, 改善患者通气状况; ②行气囊监测, 1 次/4 h, 维持压力 30 cmH₂O, 同时观察声门下负压吸引是否通畅, 使用一次性注射器负压抽吸, 评估囊上分泌物的量及性状; ③观察湿化罐液面高度和温度显示, 1 次/h, 避免湿化水烧干或湿化温度不合适影响湿化效果, 从而影响肺部通气加重肺部感染; ④床头抬高 30°~45°, 以患者能耐受的最舒适高度为准, 检查胃肠引流是否通畅, 1 次/4 h, 评估量、颜色、性状。引流量较多时, 及时更换负压引流器, 保证引流效果, 避免吸痰引起胃内返流, 导致误吸; ⑤执行口腔护理, 1 次/4~6 h 使用吸唾牙刷清洁口腔, 降低发生呼吸机相关性肺炎的风险; ⑥使用降阶梯脱机模式。从呼吸机氧疗过渡至高流量氧疗, 再过渡至双鼻导管氧疗; 人工气道工具则由口插管更改为一次性气切套管, 再更改为金属套管, 最后完全脱离人工气道。每一步变更, 都需着重加强护理观察和医护沟通, 将变化反馈医生, 及时处置。②参照俞萍等^[4]研究设计的早期康复活动方案, 医护合

作为该患者制定渐进性康复计划; ④减少镇静药物使用剂量, 调高床头至 90°; ⑤床上坐起, 2 次/d, 四肢关节松动, 鼓励患者进行下肢踢球运动; ⑥床边轮椅坐起, 2 次/d; ⑦坐起时, 在医护辅助下行脚踏车锻炼四肢肌力; ⑧协助患者在监护和氧疗的情况下, 病房内步行。每步操作后, 都需时时观察监护仪、呼吸机及患者面部变化, 当患者心率 <40 或 >130 次/min, 收缩压 <90 或 >200 mmHg, 平均动脉压 <65 或 >110 mmHg 或新发心律失常, SPO₂ <88%, 呼吸频率 >40 次/min 或 <5 次/min 时, 则停止康复锻炼^[9]。

2.2.2 胃肠功能护理 胃肠道是贮存和消化食物的器官, 也是人体最大的细菌库和免疫器官。该患者前期因肠梗阻、腹部手术、长时间禁食严重损伤了胃肠道的正常生理功能。胃肠道长达 16 d 旷置。肠黏膜屏障受损, 胃动力下降, 胃肠减压引流量逐渐增多, 最多 3950 ml/d, 同时患者主诉腹胀明显, 排便多为黏液样肠液, 无成型粪便。患者营养跟不上机体消耗, 呼吸肌、骨骼肌等神经肌肉群肌力下降, 另一方面也影响了呼吸功能恢复, 延迟脱机。该患者胃肠功能的恢复对疾病的整体改观发挥着至关重要的作用^[6]。因此医护共同协商制订了胃肠功能恢复方案。①促胃肠动力, 使用红霉素 0.25 g/d 静脉滴注, 同时使用足三里穴位注射新斯的明 1 mg/次, 2 次/d; ②每日磷酸钠盐灌肠, 刺激肠道维持排便习惯^[7]; ③善宁抑制消化液分泌, 护士根据引流量动态调整药物剂量; ④选择由滋养型喂养过渡至全量喂养的方法, 逐渐实现营养目标量^[8]。初期选择流食 500 ml/d 空肠管饲, 提高肠内耐受性, 采用营养泵维持 20 h, 肠道能耐受则改为百普力 1000 ml/d, 继而改为百普力 1500 ml+瑞代 500 ml, 如再无肠道不耐受, 则过渡至瑞代 1000 ml+瑞能 800 ml; ⑤合理选择肠内通路鼻空肠管管饲, 待达到目标喂养量后再将一部分营养液改为胃管管饲, 如期间患者无不耐受, 则改为全量从胃管管饲, 待患者肌力恢复到能在床边轮椅坐起 1 h, 则改为口服摄入营养物质。

2.2.3 睡眠管理 本例患者 ICU 入住时间长, 先后经历插管、手术、抢救, 在再插管等事件, 对患者心理造成一定的负性影响。ICU 的特殊环境, 日夜极易混淆。睡眠常受夜间交接班或邻床患者影响^[9]。睡眠则是患者日间能否落实康复锻炼计划的关键所在。我科对该患者实行睡眠管理计划具体如下: ①根据病情进展, 从距离护理台最近灯光影响最大的病床转移至距离护理台相对较远且安静的病床, 夜间可以关灯休息; ②根据病情需要, 拔除不必要的导管, 避免患者对各类管道的高警觉而影响夜间睡眠质量; ③每晚 9 点开始播放促睡眠音乐, 40 min 后自动关

机;④待患者自然舒醒后,该床单位再实行晨间护理工作。患者在 ICU 住院 1 月余,未曾发生谵妄等不良事件。

3 总结

肠梗阻致感染性休克并发多脏器功能衰竭的死亡率至今仍居高不下,但这并非意味着成功救治的机会很低。医护共同参与疾病讨论,制定治疗护理方案并实施,针对不同疾病进展时期动态调整,便于护理人员正确把握不同疾病时期的护理重点,有助于提高效率,也是危重护理发展的趋势。

参考文献:

- [1]肖坤,郭超,苏龙翔,等.老年多器官功能不全综合征患者的预后评估及影响因素[J].中华医学杂志,2013,93(22):1726.
- [2]刘宁,顾勤.感染性休克早期优化目标导向性治疗的临床研究[J].中国呼吸与危重监护杂志,2013,12(4):349-352.
- [3]顾亚楠,宋运林,窦清理.PICCO 与心脏彩色多普勒超声测量感染性休克心排血量的比较研究[J].中国急救医学,2014,34(1):35-38.
- [4]俞萍,任国琴,陆小敏,等.早期活动与康复计划在 ICU 机械通气患者中的应用[J].护理进修杂志,2016,31(2):161-164.
- [5]Hodgson CL,Berney S,Harrold M,et al.Clinical review:Early patient mobilization in the ICU[J].Critical Care,2013,17(1):207.
- [6]Allen JM.Vasoactive substances and their effects on nutrition in the critical patient[J].Nutr Clin Pract,2012,27(3):335-339.
- [7]陈扬波,陈勇毅.早期泻下治疗对危重症患者胃肠功能障碍的影响[J].中华全科医学,2016,14(2):194-196.
- [8]孔岩溪,徐兴伟,习丰产,等.不同剂量早期肠内营养对急性胃肠功能障碍患者的影响 [J]. 医学研究学报,2015,28(4):373-376.
- [9]邵乐文,黄夏薇,黄丽华.ICU 睡眠障碍的现状和相关因素分析[J].护理与康复,2017,16(5):422-426.

收稿日期:2019-03-05;修回日期:2019-03-15

编辑/宋伟