

1 例重症急性胰腺炎合并泛耐药鲍曼不动杆菌患者的护理

王亮琴

华中科技大学同济医学院附属协和医院车谷院区 湖北武汉 430000

摘要: 总结 1 例重症胰腺炎合并泛耐药鲍曼不动杆菌患者的护理。患者住院期间以芒硝外敷、灌肠倒泻等控制腹内压;以血液净化治疗清除炎性介质;盲插置入鼻肠管早期实施肠内营养;床边隔离;严格落实多重耐药菌管控措施后,胰腺炎症状得到控制,微生物培养结果转阴,顺利转出 ICU。

关键词: 重症急性胰腺炎;鲍曼不动杆菌;多重耐药菌;重症护理

重症急性胰腺炎(SAP)发病突然、进展快速、病死率高、治疗难度大^[1-2]。作为医院常见病原菌之一,鲍曼不动杆菌(CRAB)易有耐药性,重症及ICU病房患者更易受侵袭。继发感染是导致约40%至70%的AP患者死亡的关键原因之一^[3-4]。虽有早期研究结果表明急性胰腺炎感染性坏死的耐药菌占比少^[5],但MDR菌分离率在近年明显上升,患者死亡率正随MDR菌感染而猛涨^[4]。我科于2018年3月收治1例重症急性胰腺炎合并泛耐药鲍曼不动杆菌感染患者,住院期间对其以减低腹内压、清除炎性介质、早期肠道营养支持等治疗,以多重耐药菌消毒隔离制度加强院内感染感控,成功治愈,护理经过报告如下。

1 临床资料

1.1 患者资料

患者男,67岁,4天前无明显诱因出现腹痛腹胀,当地医院诊,症状无明显改善后出现全身皮肤黄染,精神差就诊,昏睡状,于15:57入院抢救与治疗。患者主诉:腹痛、腹胀明显。查体:触诊腹部膨隆,肌张力较高,触之腹部较硬,有反跳痛,听诊肠鸣音消失。体温不升,心率:129次/分,规则,呼吸:20次/分,规则,血压109/64mmHg(1mmHg=0.133kPa)。血氧饱和度(SpO₂)86%,全身皮肤黄染。实验室检查结果:血淀粉酶152IU/L,尿淀粉酶407IU/L,血肌酐232μmol/L,血尿素氮33.7mmol/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)155IU/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)188IU/L。动脉血气分析结果:pH7.28,PaCO₂52mmHg,PaO₂78mmHg,FiO₂80%,PaO₂/FiO₂97.5,白蛋白29.3g/L,心电图ST-T有变,APTT降,FIB升。诊断为重症急性胰腺炎伴多脏器功能衰竭综合征。

1.2 治疗方案和转归

患者转入ICU即以床旁气管保持持续的机械通气、有创动脉血压监测、中心静脉压监测,动态了解有效循环血容量、心功能情况。入院即实施芒硝外敷腹部、降低腹内压等,持续测腹围及膀胱压,配合血液透析、血液灌流,效果理想,入院时留取痰培养结果提示CRAB感染,严格消毒隔离、调整抗生素等,治疗后第15天三次痰培养结果转阴,解除隔离。治疗后第24天复查:神志清,尿淀粉酶35IU/L,血肌酐99μmol/L,血尿素氮4.74mmol/L,实验室指标回正,生命体征平稳,从ICU病房转出。

2 护理

2.1 腹部情况监测及护理

2.1.1 膀胱内压及腹围的测定及护理

膀胱内压(UBP)是间接测定SAP患者腹内压力的关键指标^[6]。①提前向患者或家属告知情况,征得同意;患者保持安静;测量机械通气患者需提前进行5min的脱机,协助平卧。②经尿道放置导尿管,确保膀胱完全排空,尿袋夹闭,缓慢注入无菌盐水30ml,水温37℃至40℃,用时≥1min。③测压管开启、与尿管通联,测压管与盆壁保持90°,零点同耻骨联合平面;水柱波动平稳后读数,各取3次平均值。确保导尿管固定,对昏迷患者持续监测;对不配合者可考虑用镇静剂、约束带等。患者在测定腹围时保持立位或平卧,围绕肚脐水平测量。每隔6h测量1次膀胱内压、腹围,膀胱内压17~25cmH₂O,腹围111~134cm。

2.1.2 芒硝外敷全腹部的护理

芒硝是含水硫酸钠(Na₂SO₄·10H₂O)的矿物结晶,用途广,外用可清热毒、散结、消肿、除热、软坚、破血行

血等^[7-8],加工可得药用粉末^[9]。中医讲述芒硝内服可助泄热通便、润燥软坚,外用可清热解毒、消肿散结。临床研究表明芒硝外敷可对抗炎症、消除肿痛、缓解AP症状;促进腹部手术切口愈合^[10]。患者入院第2天起持续芒硝外敷全腹部、监测腹围及膀胱压。但芒硝受热潮湿、吸热,会使患者腹部表层皮肤潮湿、结晶、水珠渗出;根据受潮程度每隔2~4h更换一次芒硝袋。我科改良的芒硝袋基于传统芒硝袋加一层芒硝,确保药效持久、敷料与皮肤的高贴合,加速吸收;内置芒硝均独立小袋装,解决传统芒硝袋芒硝分布不均的表象;外部加装一可视窗口,内置无钴变色硅胶颗粒,有助于医院人员观察与更换,确保药效、避免皮肤受损。结晶的芒硝分小袋包装交予家属到药店加工再利用,避免直接丢弃,减少资源浪费和芒硝二次污染,减少住院花费。持续芒硝外敷全腹,每天评估患者腹部情况,询问其关于腹痛腹胀的主诉,触诊腹部柔软度、腹部张力等,定时测膀胱内压及腹围,以客观数值评估。

2.1.3 降低腹内压的皮肤护理

频繁灌肠腹泻易致大便失禁,须及时去除排泄物刺激,维持皮肤完整、床上用物清洁、预防压疮。每次排便后以软纸擦拭肛门,再以温水清洗,于肛门周围涂油膏、保护局部皮肤,及时更换粪便污染的衣裤、床单、被套等,遵医嘱静脉输液,防止水电解质紊乱。观察并记录粪便性状、排便次数、生命体征。

2.2 感染控制及预防

2.2.1 CRAB 感染的消毒隔离护理

干预措施:(1)强化教育培训:组织学习有关流行病学、CRAB感染危险因素、防控措施等的知识技能。(2)严格消毒隔离:单独隔离或集中安置同类患者,设置好隔离标识,确定并固定护理团队。(3)对手卫生、职业防护给予充足重视:确保各ICU病房配有洗、干手设施,医务人员与患者接触前后均须洗手,结合必要外科手消毒。接触期间,医务人员须全程正确佩戴橡胶手套与隔离衣,近距离操作须严格按照规定戴好防护面罩或防护眼镜,结束后尽快换下防护用品,正确洗手。(4)严格无菌操作。(5)完善耐药菌监测机制。保护易感人群并予积极心理护理。经干预,患者痰培养均为正常口腔菌群,但仍致患者及家属痛苦,延长了住院时间。事后,科室围绕该病例讨论分析,总结经验教训,避免再出现类似问题。

2.2.2 呼吸机相关性肺炎(VAP)的预防

作为机械通气感染患者较为常见的一类院内感染,VAP具有8%至28%的发病率,15%至70%的病死率^[11],成因主要为口咽部细菌下移^[12];及时吸引声门下分泌物可有效预防。吸除痰液后,维持气囊压力20~30cmH₂O(1cmH₂O=0.098kPa),准确记数。以pH试纸对患者的口腔pH进行测定,选取对应溶液,提升舒适度,尽可能少地干扰正常菌群。

2.2.3 导管相关性血流感染的预防

颈内静脉透析导管的放置可能会加剧导管相关性血流感染风险。Burr等[13-14]总结了25.9%的血液透析患者的导管感染死亡率。我科在置管期间以核查表保证各环节均有护士负责核查;护士以1%活性碘分别于消毒前后消毒透析导管,严格无菌操作,保证无血渍残留。医护在操作前后均须严格洗手。患者在我科留置中心静脉导管、股静脉导管分别持续24天、9天,无导管相关性血流感染。

2.3 营养支持

肠内营养(enteral nutrition,EN)是目前急性重症胰腺炎的重要治疗方法之一,可保护肠道屏障、降低细菌移位几率与胰腺坏死组织继发感染风险等^[15]。EN的安全性较好,但也会导致以一些胃肠道反应:腹胀、腹泻、胃潴留、呕吐等;这些症状也属于胰腺炎发病特点,但病情会随患者腹内压的增加而加剧,将会对EN效果构成影响。对患者实施徒手盲插鼻肠管的EN治疗,鼻肠管妥善固定并保持通畅,每6h用50ml的温开水冲管一次。每次暂停输注均需冲洗管道,以防堵管。该管道留置了20天,无堵管脱管等并发症。危重症患者的血糖波动控制重要性远高于其高血糖的控制^[16],EN治疗期间须对血糖指标做密切监测。为减少血糖波动,本研究以营养泵匀速泵入饮食液,结合胰岛素,实现血糖水平干预。护理人员每天核查鼻肠管的刻度与通畅情况;患者鼻贴每日定时更换并正确固定。

2.4 医务人员的职业防护

患者全身皮肤黄染并伴有多种耐药菌的感染,管床医生与护士治疗护理期间全程穿戴隔离衣、帽子、手套、口罩;病室每天通风并持续对流2次,30~60min/次。科室也组织人员学习有关多重耐药菌的知识,完善抢救、治疗、护理、康复等环节的技能水平,兼顾患者的护理与自身职业暴露的规避。

3 小结

重症急性胰腺炎属于一种急腹症,病死率高,发展快而凶险,治疗方案机动性强,并发症多,护理内容广泛。CRAB 感染的治疗一直是临床的大难题,处理不当将加剧胰腺炎死亡率;预防交叉感染的关键在于发现后立即执行床边隔离制度、多重耐药菌管理制度。因而护理工作面临极大挑战。护理人员在救治全程应充分发挥自主护理属性,密切观察病情变化,发现异常及时上报并处理,掌握急救技能,规范自身操作,积极预防并发症;早期提供EN,降低腹内压力,促进SAP成功康复率的提高。

参考文献:

[1]Cho Y S, Kim H K, Jang E C, et al. Usefulness of the bedside index for severity in acute pancreatitis in the early prediction of severity and mortality in acute pancreatitis[J]. *Pancreas*, 2013, 42 (3): 483 -487.

[2] 耶莉娜. 妊娠合并重症胰腺炎早期肠内营养的临床护理 [J]. *中国实用护理杂志*, 2015, 31 (2): 72-73.

[3]Fagenhole PJ, Castillo CF, Harris NS, et al. Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988-2003[J]. *Ann Epidemiol*, 2001, 17 (7): 491-497

[4]Ho-Su Lee, Sung Koo Lee, Do Hyun Park, et al. Emergence of multidrug resistant infection in patients with severe acute pancreatitis[J]. *Pancreatol*, 2014, 14 (6): 450-453.

[5]Gloor B, Muller CA, Worni, et al. Pancreatic infection in severe pancreatitis: the role of fungus and multiresistant organisms[J]. *Arch Surg*, 2001, 136 (5): 592-596.

[6] 万勇, 葛勇, 王大庆, 等. 膀胱压、胃内压与腹内压的相关性研究 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2003, 10 (4): 384.

[7] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 [M]. 1 部. 医

药科技出版社 2010:118-119.

[8] 袁仕平, 彭燕, 郑思琳, 等. 大蒜芒硝封包联合抗生素治疗腹腔残余感染的效果观察 [J]. *泸州医学院学报*, 2016, 39 (2): 170-172.

[9] 刘绍龔, 白明, 杨亚蕾, 等. 芒硝外用抗炎作用研究 [J]. *中华中医药杂志*, 2012, 27 (2): 312-315.

[10] 陈永利, 张毅, 李静, 等. 大黄芒硝散对腹部手术切口愈合作用的临床观察 [J]. *西部中医药*, 2012, 25 (4): 76-77.

[11] Ruffell A, Adamcova L. Ventilator-associated pneumonia: prevention is better than cure [J]. *Nurs Crit Care*, 2008, 13 (1): 44-52.

[12] Amin A. Clinical and economic consequences of ventilator associated pneumonia [J]. *Clin Infect Dis*, 2009, 49 (1): 36-43.

[13] Burr R, Marszalek J, Saul M, et al. The cost of vascular access infections: three years experience from a single outpatient dialysis center [J]. *Hemodial Int*, 2003, 7: 73-104.

[14] John Liu, Yung K. Su, Chuan-Fen Liu, et al. Nosocomial bloodstream infections in patients with end-stage renal disease, excess length of hospital stay, extra cost and attributed mortality [J]. *Hosp Infect*, 2002, 50: 224-227.

[15] 秦环龙, 吴肇汉. 肠内营养在外科临床中的应用 [J]. *肠内与肠外营养*, 2000 (2): 120.

[16] 虞竹溪, 顾勤, 郑以山. 血糖波动对重症监护病房危重症患者预后的影响 [J]. *中国危重病急救医学*, 2009 (9): 466-469.

作者简介:

王亮琴(1991—),女,汉族,本科,研究方向:重症护理。