

DOI: 10.12209/CAIM202210310074

· 中西医结合临床案例 ·

1例有头疽致脓毒血症并发肺脓肿、气胸患者的护理

刘书华, 李学艳

(首都医科大学附属北京中医医院 重症医学科, 北京, 100010)

摘要: 总结1例有头疽致脓毒血症休克并发肺脓肿、气胸患者,经过中西医结合治疗与护理后,采用蚕食清疮换药、卧位护理、营养支持等护理措施后,患者休克纠正,血培养转阴、气胸改善,疮面好转后转回至普通病房进一步专科对症治疗。

关键词: 有头疽; 清疮; 换药; CICARE沟通模式; 护理

Nursing management of a patient with septicopyemia due to deep-seated pustules combined with pulmonary abscess and pneumothorax

LIU Shuhua, LI Xueyan

(Department of Critical Care Medicine, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010)

KEY WORDS: deep-seated pustules; debridement; CICARE communication model; nursing

有头疽是发生于肌肤间的急性化脓性疾病,为糖尿病患者的常见并发症,多发生于项后和背部,可出现内陷而危及生命。是中医外科常见急症之一,俗称“砍头疮”,其起病急,变化快,并发内陷者可致死亡,为古代中医外科“四大绝症”之一^[1]。坏死性筋膜炎(NF)属于有头疽范畴,是一种少见的突发性、致死性软组织感染性疾病,具有很高的病死率。由 Jones 于 1871 年首次描述, Wilson 于 1952 年正式命名^[2]。部分患者甚至发展为脓毒症、感染性休克以及多器官衰竭,危及患者生命。据统计, NF 的全球发病率为每年 4/10 万, 发病率低, 但致死率高, 文献报道为 12% ~ 34%^[3-4], 手术是治疗坏死性筋膜炎最重要的环节。早期的外科清创不仅能有效阻止感染的蔓延, 还可以防止炎症介质释放而引发的全身并发症。清创治疗延迟超过 3 天是预后不良的危险因素。脓毒症是指病原菌侵入机体并在血液和组织器官中繁殖和释放毒素, 引起的全身炎症反应综合征, 如得不到及时有效的治疗可发展成严重脓毒症、多器官功能衰竭及感染性休克, 严重威胁患者生命安全, 早期诊断对有效控制疾病进展和预防并发症尤为重要。金黄色葡萄球菌是导致脓毒

症常见的革兰阳性球菌之一, 其致病力强, 产生多种酶和外毒素。金黄色葡萄球菌脓毒症并发症多, 病情危重, 常出现多脏器损伤及迁徙性病灶。

我科于 2022 年 6 月 23 日收治一例 1 例有头疽致脓毒症休克并发肺脓肿、气胸患者, 经过精心治疗与护理后, 患者休克纠正, 血培养转阴、气胸改善后转回至普通病房进一步专科对症治疗, 现将患者在 ICU 期间的重症护理体会汇报如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者张 x (ID 号: 6330861), 女, 35 岁, 主因“头颈部肿痛 1 月余, 加重伴破溃 2 周余。”于 2022 年 6 月 21 日收入我院疮疡科, 6 月 23 日在全麻下行头枕部及后颈部清疮引流术术后转入 ICU。转入诊断: 金黄色葡萄球菌败血症、肺脓肿、I 型呼吸衰竭、2 型糖尿病、2 型糖尿病酮症酸中毒、电解质紊乱、右下肢肌间静脉血栓、低蛋白血症。现病史: 患者 2022 年 5 月 20 日发现后颈部出现黄豆大小脓疱, 伴压痛, 无发热, 就诊于“北京地坛医院”, 完善超声提示后颈部 10 mm×15 mm 感染灶, 建议住院治疗, 患者拒绝, 自行于 5 月 22 日转诊于“顺义

收稿日期: 2022-10-31

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

中医医院”急诊科,考虑“软组织感染”,予哌拉西林他唑巴坦抗感染等对症治疗,效果欠佳,遂于2022年6月5日行脓肿切开引流术,术后切口愈合不佳。2022年6月20日患者自诉后颈部疼痛加重,伴低热、乏力、食欲减退,就诊于我院发热门诊,完善新冠筛查后转入疮疡科病房治疗。2022年6月23日在全麻下行头枕部、后颈部清疮引流术,术后因感染风险高、低血压转入ICU进一步治疗。既往史:发现2型糖尿病1年余未控制血糖,近1月服用二甲双胍降糖。治疗:予镇静镇痛、积极抗感染、经口气管插管呼吸机辅助通气、补液扩容、肠外营养支持、纠正电解质紊乱、抗凝抗血小板聚集治疗。

1.2 治疗经过

根据患者血培养及药敏结果,患者血培养金黄色葡萄菌,予泰能0.5 g q6h联合稳可信1 g q12h抗感染治疗。2022年6月26日患者再次发热,体温升高至39℃,遂调整稳可信剂量为1 g q8h。2022年6月27日复查胸CT示左侧自发性气胸,双侧胸腔积液、右侧肺不张,遂予左侧胸腔闭式引流。2022年6月28日复查胸片示右侧自发性气胸伴胸腔积液,予右侧胸腔穿刺引流。2022年6月28日组织全院会诊,综合各科专家建议后调整抗感染方案为泰能0.5 g q6h联合利奈唑胺0.6 g q12h。每日换药,伤口渗出及脓性分泌物仍较多,伴发热,血培养阳性,遂于2022年7月1日再次于手术室全麻下行头枕部及后颈部清疮引流术,术中出现右侧自发性气胸较前加重,予右侧胸腔闭式引流术。术后继续于ICU监护治疗。2022年7月4日复查胸片示右侧气胸较前好转,予拔除右侧闭式引流管。2022年7月5日患者复查胸片示右侧自发性气胸较前加重,遂再次予右侧胸腔闭式引流术。2022年7月5日复查血气分析示氧合较前明显好转,予拔除气管插管,改为鼻导管吸氧2 L/min。2022年7月13日复查胸部CT,双侧气胸较前好转,予拔除双侧胸腔闭式引流管。2022年7月18日予拔除右侧胸腔引流管,并转回疮疡科继续专科治疗。

1.3 评估

1.3.1 全身评估:患者青年女性,病程迁延2月余,血糖控制不佳。1.3.2 伤口局部评估:头枕部及后颈部广泛破溃,病变向上达头枕部水平,左右达两侧耳后界部位,向下达大椎穴水平,面积:25 cm×20 cm,边缘潜腔,疮内可见大量灰白色坏

死组织及坏死筋膜,中等量渗出,深达肌层,疮面触痛阳性,疮周轻度红肿,皮温无升高。

2 护理

2.1 护理难点

患者伤口位于头颈背部,采取恰当的体位是关键;既往未规律监测血糖未治疗糖尿病,生活不规律,住院前两周经口进食极少,体质量下降2.5 kg,营养状况差低蛋白血症贫血,不利于疾病的治疗,伤口的愈合。患者性格内向,治疗护理依从性差;管路多,发生脱管风险高;发生卧床患者常见并发症如肺炎、压疮、泌尿系感染的几率高

2.2 护理措施

针对上述护理难点,采取以护理问题为导向,结合病情变化不同时期给予综合护理的护理原则。

2.2.1 制订伤口管理方案:采用外科手术清创联合蚕食清疮换药。采取2次外科手术清创,每日进行蚕食清创换药1次,每次换药时均对患者全面、系统地进行全身及局部评估;基于评估情况,有针对性地制定护理计划和实施局部护理和全身措施。清创时注意疏松的坏死组织先清、无血无痛先清;界限不清者不清;不急于全部、快速清除坏死组织;清疮器械选择为弯组织剪。

2.2.2 改良患者体位:本例患者伤口创面位于头后、枕部、颈部,我们采取头部和肩部垫枕,减轻颈部皮肤受压。体位转换时我们每2小时协助患者翻身,采取30°~40°斜侧卧位翻身。使用防压疮气垫床,防压疮气垫80%充气量预防压疮的效果优于100%,做好充气垫充气量的监测工作。

2.2.3 疼痛护理:在清创和换药过程中,重视患者对疼痛的反应,及时采取应对措施依据脸谱示意图评分法,根据患者的面部表情进行疼痛评分,遵医嘱予芬太尼镇痛,减轻患者痛苦及局部伤口不适症状,消除患者紧张焦虑心理,有效缓解疼痛,使患者处于相对舒适状态,同时又不能过度抑制某些重要的生理反应,如咳嗽反射。

2.2.4 营养支持:有头疽疮面、肺脓肿是一种消耗性的疾病,主要是由于患者抵抗力差,导致感染不易控制,进而病程延长,加上该患者有低蛋白血症,因此需进食高蛋白、高维生素、高热量、易消化饮食,改善营养状况,提高抵抗力。然而该患者同时患有糖尿病,饮食控制是糖尿病治疗的基础。结合本例患者特点,在患者经口气管插管期

间不能经口进食,遵医嘱予留置胃管,予鼻饲肠内营养。定时抽取胃液,监测胃残余量,防止误吸的发生,同时确保胃管位置正确,密切观察患者有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛及胃潴留表现,且注意床头抬高 $>30^{\circ}$,防止误吸导致相关性肺炎等。遵医嘱予静脉补充白蛋白、输血等治疗。后期患者胃管拔出后,在给予高蛋白、高维生素、足够热量饮食的同时,需控制糖的摄入,以既达到肺脓肿饮食需要,又满足糖尿病饮食限制。此外,嘱患者多摄入含粗纤维较多的食物,不仅可以起到降低血糖的作用,还可以保持大便通畅,防止用力大便导致气胸加重或再次发生。嘱患者每天多饮水,1 500 ~ 2 000 mL/d,以促进痰液稀释,易于排出。

2.2.5 预防院内感染管理:落实预防呼吸机相关性肺炎、导管相关性感染、尿管相关性感染、多重耐药菌相关措施。做到手卫生、物品专人专用,一次性物品使用,环境消毒,物表及地面擦拭。

2.2.6 情志护理:运用CICARE沟通模式^[5]。给予患者准确的时间概念手术清醒后第一时间告知患者现在所处的地方,以及不能有家属陪伴和探视的原因,安排视频探视工作中更加关心、体贴患者讲解治疗措施的重要性,让患者参与治疗予护理保护患者隐私维护患者自尊心。

2.2.7 管路安全护理:翻身时明确分工,注意保护管路,防止管路移位、扭曲和脱管等护理不良事件;转运时配备药品转运箱、气道管理箱;日常护理时做好管路固定、标识,做到引流通畅,防止出现器械相关皮肤损伤。

2.2.8 健康教育:根据患者知识水平及伤口情况评估其健康教育需求,开展针对性健康教育,主要包括血糖控制与监测、饮食指导、下肢活动指导等。指导患者坚持服药和控制血糖,提高治疗依从性。

3 讨论

有头疽是因外感风热、湿热、火毒之邪,气血瘀滞,结聚于肌肤间的急性化脓性疾病。以局部红肿热痛,有多个脓栓堆积为特征。多发于中老年尤其以消渴病多见,易出现“陷证”。在中医古籍中对于本病有着丰富记载,根据疾病的病因、病机、发病部位、穴位和形态的不同,命名不同。有头疽的病因常责之外感与内伤,古人认为外感者轻,内发者重。《外科正宗》:“脑疽其源有二,得于从内发外者重”^[6]。在临床上应辩证的灵活运用

外治之法,《医学源流》^[7]中说道“外科之法,最重外治”。有头疽为外科重症,在辨证后,选用得当外治,对疾病发展进退及转归有决定性作用。患有本病的患者常有糖尿病病史,随着糖尿病发病率的逐渐攀升,重症有头疽的发病率也随之升高^[8]。重症者若治疗不得当,极易引起内陷变证,甚至给患者带来生命危险^[7]。针对本例特点,进行2次手术室全麻下外科手术清创以期彻底清除坏死组织,同时采用我院传统换药技术蚕食清创法进行换药是首要因素。

金黄色葡萄球菌肺炎严重并发症之一为脓气胸,起病快,病情变化快,常因为未得到及时正确诊治而造成患者死亡。本例患者入ICU后出现气胸,是由于金黄色葡萄球菌血行播散至肺部导致双肺多发肺脓肿,从而靠近胸膜的肺脓肿破裂导致,几乎危及患者生命。责任护士在翻身时发现患者无明显原因血氧下降,并立即告知医生,复查CT提示出现气胸,即刻行胸腔闭式引流,患者症状得到改善。责任护士发现病情变化并及时上报配合治疗体现了护士的专业能力。

采取规范化沟通程序提高患者对ICU住院期间相关注意事项的知晓度。2型糖尿病是常见内科慢性疾病,病程长且无法彻底根除。患者住院治疗期间临床症状能够得到缓解,出院后失去了医护人员的指导和督促,极易因自我健康管理不严格。CICARE沟通模式护理更加具体化、人性化、规范化。它不仅能提高护理人员的沟通、评判性思维及综合能力,还能改善患者焦虑、抑郁等负面情绪,提高治疗依从性、护理满意度、遵医行为和自我管理能力,更能提高护患交流效率,化解护患矛盾和冲突^[10]。

有头疽的发生与多种原因相关,病机较复杂,在临床上治疗方法多种多样,拥有丰富的中西医结合治疗方法,但尚无明确的疗效标准,亦无清晰的诊治指南,近些年人们生活水平逐渐提高,发病率逐渐降低,致使本病样本较少,而本例患者由ICU各个护理小组为患者提供优质、专业、连续、无缝隙的护理服务。细节护理、安全文化始终贯穿患者的全流程管理,未发生护理不良事件。运用CICARE沟通模式为病人提供医疗护理服务,向病人传递被尊重、被接纳、被关爱的感受,显著增加患者对护理人员的信任度、治疗依从性及护理服务满意度。通过医护人员共同探讨、多学科会诊、紧密合作,在及时手术清创、并用蚕食清创

换药、综合治疗、重症监护护理的基础上患者病情平稳、未发生护理不良事件转回普通病房进行专科治疗。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 李曰庆. 中医外科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [2] REA W J, WYRICK W J Jr. Necrotizing fasciitis [J]. *Ann Surg*, 1970, 172(6): 957-964.
- [3] HUANG K F, HUNG M H, LIN Y S, et al. Independent predictors of mortality for necrotizing fasciitis: a retrospective analysis in a single institution [J]. *J Trauma*, 2011, 71(2): 467-473.
- [4] ANAYA D A, MCMAHON K, NATHENS A B, et al. Predictors of mortality and limb loss in necrotizing soft tissue infections[J]. *Arch Surg*, 2005, 140(2): 151-157;discussion158.
- [5] WEN T, HUANG B, MOSLEY V, et al. Promoting patient-centred care through trainee feedback: assessing residents' C-I-CARE (ARC) program [J]. *BMJ Qual Saf*, 2012, 21(3): 225-233.
- [6] (明)陈实功著, 胡晓峰整理. 外科正宗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [7] (清)徐灵胎著, 刘洋校注. 医学源流论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [8] 柏学顺. 糖尿病并发有头疽的中医治疗[J]. *内蒙古中医药*, 2016, 35(11): 154-155.
- [9] 王东, 陈宏伟, 李敬林. 从消渴并有头疽论治糖尿病合并痈[J]. *中华中医药学刊*, 2015, 33(7): 1548-1550.
- [10] 赵娅. CICARE沟通模式在护理工作中的应用研究进展[J]. *循证护理*, 2020, 6(3): 220-224.

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。