

ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染相关因素分析及对策

封永顺¹ 张琦²

(1 北京京煤集团总医院 北京 102300;2 吉林大学第一医院 吉林长春 130021)

摘要:目的:分析 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染的相关因素,并总结其防治对策。方法:选取 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染患者 76 例,回顾分析其临床资料,分析其流行病学、耐药性、病原菌以及易感因素,总结防治措施。结果:引发 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染的主要病原菌为革兰氏阴性杆菌,本组占 73.1%;革兰氏阳性球菌次之,占 17.2%;真菌位列第三,占 9.6%。主要危害因素为长期昏迷、卧床、胃内容物反流或误吸、气管切开或气管插管、大量应用激素等。结论:强化 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染相关因素的预防和控制,可有效减少重症颅脑损伤并发肺部感染的发生率。

关键词:重症颅脑损伤;危险因素;肺部感染

中图分类号:R651.1 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.038

ICU 病房收治的重症颅脑损伤患者大多病情危重,且损伤往往位于脑干部位,需要实施人工气道支持,主要包括气管切开、气管插管、使用呼吸机等,同时配合大剂量激素、脱水剂等,易引发院内感染,其中,肺部感染最为常见。本研究回顾分析了 76 例 ICU 病房收治的重症颅脑损伤并发肺部感染患者的临床资料,旨在了解其病因以及相关感染因素,以期为防治 ICU 肺部感染以及合理应用抗生素提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2011 年 3 月~2013 年 3 月期间,我院 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染患者 76 例,其中男 50 例,女 26 例,年龄 19~75 岁,平均(43.6±4.3)岁。患者均有明确的外伤病史,并经临床症状、CT 以及体格检查确诊。患者进入 ICU 病房时的 GCS 评分在 3~8 分之间,平均(5.2±0.3)分。其中,原发性器质病史 16 例,原发性高血压史 10 例,糖尿病史 6 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 患者均留置鼻胃管、深静脉穿刺置管、导尿管,其中 42 例行气管插管,34 例行气管切开,52 例使用呼吸机。

1.2.2 研究方法 回顾调查并分析患者的临床资

料,参照卫生部医院感染监控小组关于医院感染的诊断标准,对入院 72 h 后发生肺部感染者,取 3 次痰培养标本,住院期间每周取 1 次,采用痰液收集器收集,无菌操作下于气管插管或者气管切开部位取深部痰液送检,作细菌培养鉴定以及药敏试验,并详细记录。同时,经临床表现、细菌学检查、血液检查、胸片确诊。

2 结果

2.1 医院感染病原菌分布 本组 76 例患者共分离出 104 株致病菌,其中,76 株革兰阴性(G-)杆菌,占 73.1%;18 株革兰阳性(G+)球菌,占 17.3%;10 株真菌,占 9.6%。详见表 1。

表 1 颅脑损伤并发肺部感染病原菌分布 例(%)			
病原菌	分类	构成比	总比例
G- 杆菌	鲍氏不动杆菌	24(23.1)	76(73.1)
	肺炎克雷伯菌	20(19.2)	
	铜绿假单胞菌	16(15.4)	
	大肠埃希氏菌	8(7.7)	
	阴沟肠杆菌	4(3.8)	
	嗜麦芽假单胞菌	4(3.8)	
G+ 球菌	黄色葡萄球菌	10(9.6)	18(17.3)
	表皮葡萄球菌	2(1.9)	
	肠球菌属	6(5.8)	
真菌	白色假丝酵母菌	8(7.7)	10(9.6)
	光滑假丝酵母菌	2(1.9)	

2.2 药敏结果 大部分 G- 杆菌对阿米卡星、派拉

染性休克的效果优于多巴胺,去甲肾上腺素联合酚妥拉明在改善组织缺血、提高平均动脉压等方面均有积极意义,值得推广应用。

参考文献

[1]张少雷,孙荣青.血管升压药物在感染性休克中的应用[J].中国呼吸与危重监护杂志,2011,3(11):209-210
[2]赵阳,王倩,臧彬.多巴胺与去甲肾上腺素治疗感染性休克疗效比较的系统评价[J].中国循证医学杂志,2012,6(9):679-685
[3]侯立朝,计根林,熊利泽,等.多巴胺联合去甲肾上腺素对感染性休克患者肾脏功能的影响[J].中华外科杂志,2008,17(14):1 206-1 208
[4]缪晓辉,姚静娟.全身严重感染治疗进展[J].传染病信息,2008,1(7):36-39
[5]索良源,张锦.去甲肾上腺素治疗感染性休克时对肺静脉血管阻力的影响[J].中国呼吸与危重监护杂志,2009,3(14):303-306

(收稿日期:2013-05-22)

高动脉压相比具有一定的优势,增加每搏量和心室舒张末期容积,使心肌做功增加,加重心肌损伤,组织缺血缺氧加重^[9]。

本次研究中,经过用药治疗 24 h 后,两组患者的各项指标均得到有效改善;而采用去甲肾上腺素联合酚妥拉明进行治疗的 A 组其血乳酸浓度在 24 h 后明显低于多巴胺联合酚妥拉明进行治疗的 B 组,两组之间差异显著 ($P<0.05$);各阶段,A 组的 MBP 值也高于 B 组 ($P<0.05$);而其他指标如心率、休克指数等的改善程度也优于 B 组 ($P<0.05$)。

本研究结果显示,应用去甲肾上腺素在治疗感

心血管介入术后发生心血管迷走神经反射分析

时占楼

(河北省石家庄市第一医院 石家庄 050011)

摘要:目的:分析心血管介入术后发生心血管迷走神经反射的原因,探讨具体干预措施。方法:对我院心血管介入术后发生心血管迷走神经反射的 30 例患者资料进行回顾性分析,探讨其原因及处理措施。结果:精神紧张、疼痛刺激、过度压迫、血容量相对不足及空腔脏器的强烈刺激均为引起术后发生心血管迷走神经反射的危险因素,所有患者经对症处理后均恢复正常。结论:针对相关因素进行干预,可减少术后血管迷走神经反射的发生。

关键词:心血管介入术;迷走神经反射;干预措施

中图分类号:R654

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.039

经皮冠状动脉介入术因其具有创伤小、安全性高等优点,目前已经成为治疗心血管病的重要手段。然而介入术中各种因素导致过度迷走神经反射是极危险的并发症,往往引起严重的后果,造成手术失败。患者大多出现低血压和心动过缓,随着冠脉血流的减少,在支架放置部位或者球囊扩张处形成血栓,严重者甚至出现心源性休克或猝死,使术后死亡率升高。本文对我院心血管介入术后发生心血管迷走神经反射的 30 例患者资料进行回顾性分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院收治的心血管介入术后出现心血管迷走神经反射的 30 例患者资料,其中男 17 例,女 13 例;年龄 35~67 岁。临床表

现:精神萎靡、面色苍白、全身无力、胸闷、恶心、血压下降(收缩压 <60 mmHg)等。

1.2 处理方法 发现以上症状后立即去枕平卧位,使患者处于头高脚低位,吸氧并停用扩血管药物,若血压明显下降,则静脉注射多巴胺升压,同时给予右旋糖酐快速静脉滴注,补充血容量;若出现足背动脉搏动不良,则需要调整砂袋的重量^[1];若患者心率明显减慢,给予阿托品 1~2 mg 静注,期间进行心电监护,监测心率及血压变化。

2 结果

30 例患者中,拔出动脉鞘管后 20 min 内发生心血管迷走神经反射 21 例,术后 1 h 之内发生心血管迷走神经反射 9 例。经过积极处理后所有患者均恢复正常。相关因素的构成比见表 1。

西林联合他唑巴坦等敏感,本组耐药率在 30.0%以下,多对妥布霉素、环丙沙星、庆大霉素以及头孢西丁等耐药。G+ 球菌均对替考拉宁、万古霉素敏感。真菌对氟康唑、伊曲康唑、两性霉素 B、酮康唑以及制霉菌素均敏感,本组耐药率在 10.0%以下。

3 讨论

ICU 病房收治的患者多病情危重,且均处于昏迷状态,其反射功能减弱甚至消失,咽部分泌物或食物自气管反流,容易导致误吸,且难以排出,易引发吸入性肺炎。患者多需行气管切开或者气管插管,且多需要使用呼吸机,导致其自然呼吸道防护屏障遭到破坏,进而导致患者的生理功能以及局部抵抗力降低。此外,由于长期卧床,患者的肺活量降低,容易引起肺底部的肺泡膨胀不全,从而引发坠积性肺炎。由于重症颅脑损伤患者机体处于应激状态,其免疫功能显著降低,加之使用糖皮质激素等,导致其机体防御能力降低,因而对致病菌的易感性增强。重症颅脑损伤患者常需要使用大剂量抗生素,如长期使用广谱抗生素或者联合应用,将导致细菌耐药性增强,滥用抗生素将导致菌群失调,进

而导致真菌感染,上述均为 ICU 重症颅脑损伤患者并发肺部感染的常见危险因素。因此,在临床治疗中应重点预防和控制这些因素。

对于 ICU 重症颅脑损伤患者并发肺部感染的防治,应采取以下措施:(1)协助更换体位,注意拍背排痰,防止发生误吸而导致吸入性肺炎;(2)呼吸机操作应严格无菌操作,对相关附件进行严格消毒,并定期更换,合理调整参数,并适时停机、拔机、脱机拔管等,减少感染的途径;(3)强化呼吸道及口腔护理,积极吸痰并予以雾化吸入,如气道分泌物较多,应及早进行气管切开,应严格无菌操作,注意消毒并保持呼吸道湿化;(4)严格执行消毒隔离和无菌操作,限制 ICU 访视,减少肺部感染;(5)合理使用抗菌药物,尽早进行痰培养以及药敏试验,以指导治疗;(6)加强原发病的治疗以及全身性支持治疗,维持水电解质平衡,全面提高患者的机体免疫力,控制肺部感染并促进恢复神经功能。

总之,ICU 重症颅脑损伤治疗过程中,应高度警惕容易引发肺部感染的危险因素,有针对性地采取有效的防治措施,全面提高治愈率,缩短住院时间。

(收稿日期:2013-05-23)