

员有较高的应急、观察及急救能力。王文燕等^[2]通过调查护理人员学习需求发现,在是否有必要加强急救知识和技能的培训问卷中,有96%的护理人员选择非常有必要和很有必要。对于理想的学习途径,有84.4%的护理人员选择现场实习及模拟操作。情景模拟演练实现了意识培养和能力训练的有机结合,通过创设不同的急救现场情景,将理性认识与感性认识、教与学结合起来,注重直观、形象、生动的知识表现和丰富、深刻、具体的实践锻炼,改变抽象的培训方法^[3,4]。杨丽娟^[5]通过应急能力的情景教学,培养护理人员的语言表达能力、沟通能力,结果表明,教学后明显提高了护理人员观察问题、分析问题的能力,提高了护理人员对突发事件的处置能力。情景教学方法重在强化护理人员基本技能,此方法接近临床,直观、形象、生动,设备简单,较容易掌握,有利于提高学习效果,适用于任何医院的临床教学工作,值得临床借鉴。

3.2 经过一年的情景模拟培训,结果表明,护理人员考核优秀人数,培训前为11名,占13.8%,培训后为35名,占43.8%,培训后优秀人数明显较培训

前多,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。通过情景模拟中营造的紧张气氛,锻炼了护理人员急而不乱的心理素质,在应对患者危急情况时,学会快速评估、判断,并采取正确有效的急救措施。通过落实各种救护操作,提高护理人员急救技能,使其在实际工作中能较熟练地开展各种应急工作,及时准确地实施各项操作,提高了外科危急重病人的抢救成功率,降低了病人致残、致死率。

参考文献

- 1 贾长宽,袁淑鸣,肖和平.情景模拟法在《外科护理学》实验教学中的应用[J].护理研究,2004,18(7):641-642.
 - 2 王文燕,邢晓冬,吕群.护理人员急救知识培训现状调查及对策分析[J].内蒙古民族大学学报,22(5):595-597.
 - 3 张连荣.护理质量与安全管理规范[M].北京:军事医学科学出版社,2005:1.
 - 4 叶文琴.现代医院护理管理学[M].上海:复旦大学出版社,2004:83.
 - 5 杨丽娟.应急能力情景教学尝试[J].中华现代护理杂志,2005,2(12):1133-1134.
- [收稿日期 2013-03-07][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

护理研讨

艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎患者机械通气的护理与职业保护体会

杜丽群, 朱凤梅, 黄连飘, 李思燕, 韦荣誉

作者单位: 530023 广西,南宁市第四人民医院感染科

作者简介: 杜丽群(1965-),女,大学专科,副主任护师,研究方向:艾滋病护理。E-mail:dlq1942@163.com

【摘要】 目的 总结艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎(PCP)患者机械通气的护理要点及职业保护体会。

方法 回顾性分析2011-01~2011-07我院ICU收治的3例艾滋病合并PCP患者的临床资料和整个护理过程,总结护理工作与职业保护的体会。结果 3例患者应用呼吸机机械通气治疗3~11d,平均6d,均因呼吸衰竭死亡、无医护人员受到感染。结论 加强基础护理是延长患者生命的有效方法,做好消毒隔离和护士的职业保护是预防护士职业暴露的重要环节。

【关键词】 艾滋病; 卡氏肺孢子菌肺炎; 机械通气; 护理

【中图分类号】 R 512.9 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2013)08-0812-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.08.31

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS),该病是由人类

免疫缺陷病毒(human immune deficiency virus, HIV)感染而引起的一种慢性致命性传染性疾病。艾滋病

患者中最常见的机会性感染是卡氏肺孢子菌肺炎(Pneumocystis carinii pneumonia, PCP), 又称耶氏肺孢子菌肺炎, 约占全部感染的 85%。慢性咳嗽、发热、活动时气喘、紫绀、严重时出现呼吸困难为其常见的临床症状, 经吸氧、解痉、平喘等一般治疗措施无效, 最终导致低氧性呼吸衰竭。该病起病急, 进展快, 病死率高^[1]。因此严密的病情观察和系统的护理极为重要。2011-01~2011-07 我院 ICU 收治了 3 例危重艾滋病合并 PCP 的患者, 在实施机械通气治疗过程中, 护理人员在做到了主动、积极、周到的护理的同时, 认真做好自身的职业保护, 取得了较好的效果, 现将体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 3 例危重艾滋病患者中男 1 例, 女 2 例, 年龄 34~59 岁, 平均年龄 49 岁, 3 例均经过市级以上疾病预防控制中心确认为 HIV 阳性。CD4⁺ T 淋巴细胞 11~25 个/ μ l, 平均 CD4⁺ T 淋巴细胞 17 个/ μ l。X 线胸片: 双肺弥漫性对称性小结节, 呈网状或小囊状改变, 或呈毛玻璃样改变, 电子纤支镜肺泡灌洗抗酸染色找到真菌孢子及菌丝。患者临床表现: 开始时均有反复咳嗽、咳痰、发热, 合并有口腔真菌感染, 出现呼吸困难、口唇和四肢甲床紫绀, 出现重度低氧血症, 进而发展为呼吸衰竭, 立即转 ICU。

1.2 治疗方法 患者给予经口气管插管接呼吸机辅助呼吸, 模式为同步间歇指令通气(SIMV) + 容量控制通气(VCV) + 压力支持通气(PSV), 氧浓度根据病人病情调节在 50%~90%, 给予补液、抗感染等综合治疗, 给予克林霉素 0.6 g + 0.9% 生理盐水 250 ml 静脉滴注, 每 6 h 1 次, 复方新诺明 3 片口服每 8 h 1 次胃管注入, 并给予肠内营养。

2 结果

3 例患者呼吸衰竭死亡, 呼吸机治疗 3~11 d, 平均 6 d, 无医护人员受到病毒感染。

3 体会

3.1 机械通气的护理 难以纠正的低氧血症是 PCP 患者的特征, 及时机械通气并采取肺开放策略有助于纠正低氧血症。随着危重症医学的迅速发展, 机械通气在抢救急性呼吸衰竭患者中起着日益重要的作用。本组患者均采用呼吸机辅助呼吸, 模式为 SIMV + VCV + PSV, 护理过程中注意密切观察患者胸廓活动度、呼吸频率及其与呼吸机同步情况,

如患者胸廓越来越饱满或同样的潮气量时胸廓的活动度逐渐减小, 呼吸音逐渐减弱, 提示有严重过度通气^[2], 应及时处理。注意观察患者生命征、血氧饱和度和紫绀等情况, 呼吸机出现报警时要查明原因及时处理。

3.2 气道的护理 (1) 气道的湿化: 由于人工气道的建立, 使上呼吸道正常的湿化、加温、过滤及咳嗽功能消失, 防御功能减弱, 气道黏膜干燥, 分泌物干结不易吸出, 从而影响通气效果, 容易发生肺不张、继发感染等并发症, 要根据病人痰液情况给予气道雾化, 有效防止痰痂形成。(2) 吸痰: 患者长时间卧床, 呼吸道分泌物增多, 应定时吸痰, 保持气道通畅。本组 3 例均采用密闭式吸痰, 每 3 d 更换密闭式吸痰管。密闭式吸痰不需要脱开呼吸机, 不中断通气和氧疗, 能最大限度地减少呼吸道内压力的变化, 并保持一定的肺功能残气量, 避免或减少肺泡萎缩、避免人为因素导致的气体交换受损、避免低氧血症等情况的发生^[3]。(3) 气道消毒: 更换呼吸机管道 1 次/W, 定期做消毒液浓度监测和消毒后管道细菌培养。使用环氧乙烷对一次性管道进行消毒^[4]。

3.3 职业暴露防范 医护人员在给患者进行治疗和护理时, 需做好自我防护。当有可能接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物或其他被污染的物品时均应戴手套, 平时应注意保护个人皮肤黏膜的完整, 包括配置液体药物时均应戴手套。护理患者前后必须洗手消毒, 护理操作过程中, 有可能发生血液、体液飞溅时, 护士应戴具有防渗透性的口罩、防护眼罩及隔离衣^[5]。

参考文献

- 1 陈红芹. 机械通气治疗卡氏肺孢子虫肺炎并发急性呼吸窘迫综合征的护理[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2011, 33(3): 214-216.
- 2 邱海波. 无创正压通气治疗急性呼吸衰竭需要严格掌握指征[J]. 中国实用内科杂志, 2007, 27(16): 1319-1322.
- 3 李克芳. 不同气管内吸痰方式对呼吸窘迫综合征机械通气患者呼吸功能的影响[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(13): 1206-1207.
- 4 胡小华, 舒燕, 周爱花. 机械通气治疗急性呼吸功能衰竭患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(21): 19-20.
- 5 张玉芳. 艾滋病患者的消毒隔离与护理[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2008, 7(2): 66-67.

[收稿日期 2013-02-27][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]