

专科护理

一例2型糖尿病合并肺毛霉菌病感染大咯血患者的综合护理

□马丹

肺毛霉菌病是由毛霉菌目致病菌(主要包括根霉菌属、毛霉菌属等)引起的一种肺部机会性真菌感染。这类腐生真菌广泛存在于土壤、霉变食物及空气中,主要感染途径包括吸入、经消化道摄入,以及经受损皮肤黏膜侵入人体。常见感染症状为咳嗽、胸痛、呼吸困难、咯血、发热、乏力、体重下降等。

当免疫力正常时,机体通常不会发病;当免疫力下降时,真菌可侵入呼吸道及肺部引发感染。该病起病急骤、进展迅速、病情凶险,可快速发展为呼吸衰竭、休克甚至死亡,属于临床危重症。肺毛霉菌病好发于免疫功能低下的中青年男性,例如合并糖尿病酮症酸中毒、白血病,接受器官移植,或长期使用糖皮质激素、免疫抑制剂的人群。

毛霉菌孢子大小为2微米~4微米,形态不规则。在体外培养条件下,毛霉菌可形成典型的“丝状”生长形态。肺毛霉菌病临床少见,但进展迅速,死亡率极高。致病菌中以毛霉菌属、根霉菌属最为常见:毛霉菌主要沿气道侵犯肺部;根霉菌多累及鼻窦、眼、脑及消化道,还可经血行播散至全身。若毛霉菌感染侵犯中央气道,会导致管腔狭窄,甚至闭塞;气管镜下可表现为炎性浸润、糜烂、溃疡、假膜坏死等改变。

患者,男,54岁,3个月前无明显诱因出现咳嗽、少痰,并伴有右侧胸痛不适,于当地中医院就诊,对症治疗后效果不佳,后转至某省级医院住院治疗。痰液检查提示疑似毛霉菌感染。支气管镜检查可见左主支气管及左上、下叶支气管管腔内附着白色坏死物,病理检查符合真菌感染,倾向毛霉菌。PAS(糖原染色)(+),六胺银染色(+),NGS(下一代脱氧核糖核酸测序技术)检测结果为米根霉。经治疗,患者病情好转后出院。近日,患者受凉后出

现发热,体温达37.5摄氏度,胸闷症状加重,收入我院。患者有15年糖尿病史,目前应用甘精胰岛素及诺和锐胰岛素治疗,血糖控制不稳定,曾发生低血糖及酮症酸中毒。入院查体:神志清,精神差,左肺呼吸音低,双肺可闻及少量哮鸣音。患者饮食、睡眠一般,大小便正常,体重较前减轻约10公斤。体格检查:体温36.6摄氏度,脉搏80次/分,呼吸20次/分,血压132/79毫米汞柱(1毫米汞柱=133.32帕)。

患者入院后行支气管镜检查,肺泡灌洗液可见“飘带样”真菌丝,病理诊断符合毛霉菌感染。完善各项检查,明确病原菌,给予对症治疗:包括氧疗、止咳平喘、控制血糖及抗真菌治疗、两性霉素B一日3次静脉滴注给药,并定期进行支气管镜诊疗术(包括电刀切割、球囊扩张、活检钳钳夹及药物治疗等)。

半个多月后,患者胸闷、气喘症状明显好转,咳嗽、咯血、血糖控制良好。胸部CT(计算机断层成像)显示双肺炎灶范围明显减小,遵医嘱停药,好转出院。

案例分析

护理措施

基础护理

空气净化:维持病房负压状态,每日紫外线消毒2次,空调系统安装HEPA(高效空气过滤器)滤网。负压状态通过调节内外气压差,确保空气从清洁区流向污染区,再经高效过滤后排出,可有效防止病原体扩散,是控制院内感染的重要措施。

物品管理:患者使用过的餐具、衣物需进行严格的高温煮沸消毒,以杀灭可能存在的病原微生物,确保再使用时的卫生安全。医疗废物需按照感

染性废物的相关规范进行处理。

饮食方案:制定高热量、高蛋白食谱,优先选择肠内营养(如鼻饲短肽型制剂),无法耐受者给予静脉输注氨基酸和(或)脂肪乳。不吃高糖、高脂肪食物,以免加重血糖负担。高糖、高脂肪食物可导致血糖快速升高,增加胰岛素分泌负担,长期摄入可能诱发或加重糖尿病、肥胖及相关代谢并发症。饮食方案还应结合患者的具体病情(如是否存在肾功能

不全、肝功能异常等)进行个体化调整,必要时在营养师的指导下进行,以确保营养支持的安全性和有效性。

血糖控制:对于糖尿病患者,实施胰岛素强化治疗时,应将全天血糖严格控制在4.4毫摩尔/升~7.8毫摩尔/升的目标范围内。这一精准调控不仅有助于修复胰岛功能,减少血糖剧烈波动,更关键的是能持续避免高血糖状态,降低感染风险。治疗期间,需结合动态血糖监测,及时调整基础输注率,并加强输

专科护理

呼吸道症状评估:每日评估咳嗽频率、痰液性状、呼吸困难程度,同时结合患者主观感受及辅助检查结果综合判断,并及时调整治疗方案。

全身症状监测:监测体温波动(每4小时一次)、意识状态(警惕脑膜刺激征)及营养指标(体重变化、血清白蛋白水平)。

体位管理:采取半卧位(床头抬高30度~45度),利用重力

作用使腹腔内脏器向下移位,减少对膈肌的压迫,为肺部扩张创造更大空间,进而增加肺活量,改善通气。

气道湿化:使用加热湿化器维持吸入气体湿度60%~70%,温度37摄氏度,预防痰液黏稠堵塞。

机械通气管理:ARDS(急性呼吸窘迫综合征)患者应采用小潮气量(6毫升/千克~8毫升/千克)的保护性通气策略,

定期监测呼吸机相关性肺炎指标。

康复锻炼:定期进行物理治疗和呼吸康复训练,促进肺部病变的吸收和排出。这些训练需在专业康复师的指导下进行,根据患者具体病情(如慢性阻塞性肺疾病、肺炎后遗症等)制定个性化方案。

保持呼吸道通畅:发生咯血时,应使患者保持镇静,缓解其紧张情绪。指导患者保持正坐

心理护理

建立信任关系:主动与患者建立良好的沟通,了解其心理需求和困惑,鼓励其表达真实感受,建立信任关系。

提供情绪支持:帮助患者缓解焦虑、抑郁等各类负面情绪。长期持续的情绪支持,既可以帮助患者提升心理韧性、改善

自我效能感,推动整体身心康复,也有助于降低疾病的复发风险。同时需鼓励患者树立战胜疾病的信心,积极配合治疗。

开展健康教育:向患者及其家属讲解糖尿病和肺毛霉菌病感染的相关知识,帮助患者及其家属建立对疾病的整体认知,掌

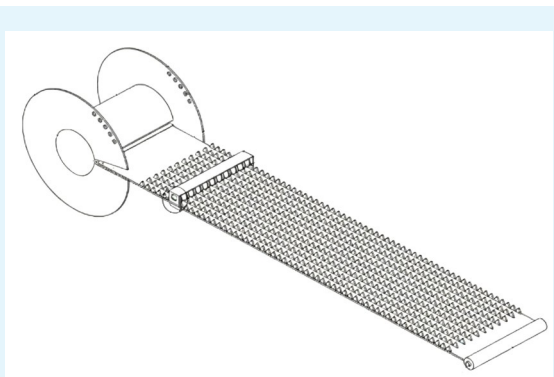
握日常管理和风险防范技能,提高自我管理能力和降低感染风险,改善生活质量。

指导家属技能:指导患者家属学会胰岛素注射技术、血糖监测方法等基本技能。这是糖尿病管理中至关重要的家庭支持环节,不仅有助于患者实现更好的自我管理,还能减轻医疗负

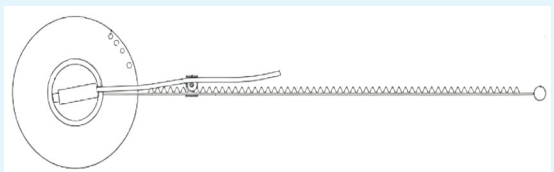
担、提高治疗依从性。强化家庭支持:鼓励患者家属给予患者更多的关爱和支持,共同应对疾病挑战。这种支持不仅体现在日常生活的照料上,更应包括情感上的理解与陪伴。

(作者供职于河南省胸科医院呼吸与危重症六病区)

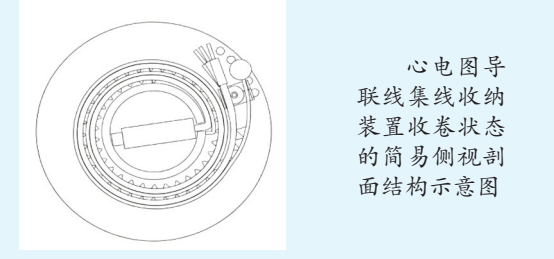
小发明



心电图导线集线收纳装置的简易整体结构示意图



心电图导线集线收纳装置未收卷状态的简易侧视剖面结构示意图



心电图导线集线收纳装置收卷状态的简易侧视剖面结构示意图

技术背景

心电图技术是利用心电图机记录心脏每一心动周期所产生的电活动变化图形的技术。心电图记录需在人体不同部位放置电极,并通过导线与心电图机电流计的正负极连接以获取数据。传统导线由多条独立导线组成,收纳、存放极为不便。

现有一种导线伸缩收纳支架,由放置座、伸缩支架、固定栓、挂钩、壳体、卡槽、盖体、锁定机构、驱动机构、限位机构、第一弹簧、固定卡座及按压机构组成。该支架可通过调整容纳数量,满足多根导线同时使用的需求,使用时仅需拉动导线即可满足患者心电图监测的使用要求;收纳时只需操作按压机构启动驱动机构,即可将导线收纳至装置内部,既减少了医护人员操作步骤,又实现了单根导线的单独收纳,在降低交叉污染风险的同时,方便消毒及感控监测。

将导线从心电图机上取下收纳时,现有技术通常采用线扣固定部分线路,再将整束导线卷绕固定,便于拿取、存放。但仅靠简单线扣无法避免各独立导线在收纳过程中发生缠绕,且拿取过程也容易让线路变得更加杂乱,再次使用前需花费较长时间梳理导线。因此,设计一种心电图导线集线收纳装置,具有重要的临床意义。

创新内容

这种心电图导线集线收纳装置,包括收卷轮,收卷轮内设置有存储腔,轮体上设置有开槽;收卷轮靠近开槽处固定有收卷毯,收卷毯上等距设置有多个锯齿列;收卷毯上活动设置有梳理导轨,梳理导轨内转动安装有多个滚轮,各滚轮分别活动设置在各锯齿列间隔中。

开槽的上下内壁间距与导线的直径相匹配。梳理导轨上转动安装有导轨盖,且一侧设置有用于锁定导轨盖位置的锁定组件。锁定组件包括设置在梳理导轨一端外侧壁上的卡块及设置在导轨盖与卡块适配的卡扣。

收卷毯远离收卷轮的卡扣一端固定设置有限位杆。限位杆的两端均设置有用于固定收卷毯,并使其处于收卷状态的限位组件。限位组件包括设置在限位杆两端的弹簧槽,弹簧槽内设置有弹簧,弹簧的一端连接有可滑动伸出限位杆端部的按钮。收卷轮上设置有圆盘,圆盘上设置有多个与按钮相匹配的插孔。

有益效果

该心电图导线集线收纳装置设置有存储腔,可将导线接头存入其中,导线则从开槽伸出并排列成排;梳理导轨靠近开槽设置,可使导线靠近开槽的小段整齐排列进入梳理导轨,一一对应卡在滚轮上;随后拉动梳理导轨远离开槽,即可将后续的导线梳理整齐。由于各滚轮均设置在锯齿列的间隔中,梳理后的各导线会被逐一分隔,独立排列在各个锯齿列间隔中,由此实现整段导线的梳理整齐效果,保证后续收卷过程中导线不会发生缠绕,方便后续拿取及使用。

(作者供职于焦作市第二人民医院)

一种心电图导线集线收纳装置

□闫闪闪 文/图

叙事护理

以心为灯,照亮患者的康复路

□王秀敏

从事康复护理工作数年,我始终坚信:护理不仅是对患者的照护,更是对生命的倾听、共情与陪伴。康复科的患者大多经历过生死考验,虽然渡过了生命难关,却因肢体偏瘫、言语障碍、行动受限而陷入新的困境。原本完整的世界骤然残缺,心底积压着道不尽的遗憾、不甘与绝望。作为一名康复护士,我的职责便是走进他们的生命,用爱心、耐心与责任心缓解他们的痛苦,帮助他们重拾生活的勇气与做人的尊严。

康复护理工作琐碎而平凡,鲜有惊天动地的壮举。日常不过重复着静脉穿刺、给药、康复指导与生活照料这些看似微不足道的小事。然而,每一件小事的背后,都承载着患者渴望重返正常生活的期盼。这里的患者大多无法与外界交流,亦不能自主活动,情绪往往敏感而脆弱。面对漫长、枯燥

的康复训练,他们常常产生抵触、焦躁心理,甚至大吵大闹、拒不配合治疗。而我所能做的,便是放下急躁,沉下心来,走进他们的内心世界,读懂那份隐藏在行为背后的痛苦与渴求。

面对无法正常说话的偏瘫患者,我扮演起言语康复师的角色,一字一句教他们发音;面对肢体功能障碍者,我耐心指导其利用健肢带动患肢,一步步练习站立、行走。即使不被理解、不被认同,我也从未退缩——我深知,他们的抗拒并非针对医护人员,而是对病痛的无奈。日复一日的陪伴与坚守,患者慢慢卸下心防,主动投入康复训练中。看着他们一天天进步,我的心中充满欣慰,这是任何事物都换不来的职业成就感。

我始终记得那位20岁的脑外伤患者。本该是意气风发的年纪,却被四肢瘫痪禁锢在床

榻上,病痛彻底击垮了他的意志。他拒绝输液、抗拒治疗,对父母大吼大叫,将自己封闭在绝望的世界里,眼里没有一丝光亮。看着他消沉的模样,我深感揪心。我明白,此时的身体护理远不及心理疏导重要,当务之急是帮他重新点燃生命的希望。此后,我每天抽出时间,坐在他的床边,倾听他诉说心中的苦闷与不甘,共情他的挣扎与无助,循序渐进地给他讲述那些与他境遇相似的康复案例——那些曾深陷泥潭,却凭借坚持与配合,最终重新站立、回归生活的患者故事。在陪伴的过程中,我告诉他,病痛只是人生的一段坎坷的经历,并非最终结局。慢慢地,他眼中的冰冷渐渐融化,开始愿意配合治疗,主动尝试康复训练,从被动接受到主动练习,从无法动弹到尝试迈步。看着他一点点

找回对生活的热爱,我仿佛看到了光明的未来正在向他招手。

还有一位46岁的脑卒中患者,突如其来的病情让他难以接受,情绪波动极大,满腹怨气。他将自己层层包裹,拒绝交流、抗拒治疗,始终不愿意面对现实。我深知,身体的疾病易治,心里的枷锁难开。患者的心理防线远比躯体更加脆弱,需要用爱去感化,用心去激励。我顺着他的情绪,默默陪伴左右,细致地完成每一项基础护理,温柔倾听他的所有抱怨与委屈。用真诚的陪伴、理解的眼神、周到的照护,让他感受到被尊重、被关怀。终于,他被我的这份真心打动,卸下了防备,主动配合康复治疗。

康复科的患者,或许会急躁、会抱怨、会暂时不理解我们的工作,但他们内心淳朴、真诚且懂得感恩。他们所求不多,不过是

多一点耐心、多一点真心、多一点关心。我们付出的每一份善意,都在他们心中种下了希望的种子。看着一个个患者从依赖轮椅到独立行走,从绝望封闭到笑对人生,从生活无法自理到顺利回归社会,所有的繁琐与艰辛,都汇聚成了满满的职业价值感与自豪感。

康复护理,是一场双向奔赴的温暖旅程。我在倾听中抚慰伤痛,患者的进步与感恩,也让我更加坚定护理初心。我始终庆幸能成为一名康复护士,愿以微光点亮患者的康复之路,用爱心守护残缺的生命。未来,我仍将坚守这份初心,以心为灯,以爱为炬,陪伴每一位患者穿越困境,见证他们重获完整人生。我为自己是一名康复护士而自豪。

(作者供职于河南大学第一附属医院康复医学科)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

投稿邮箱: 568689252@qq.com