

一例难治性肺炎支原体肺炎患儿的个案护理

张元元

北京清华长庚医院 北京 102218

【摘要】：在面向难治性肺炎支原体肺炎患儿开展护理工作时，存在较高难度与挑战。我科于2020年12月收治1例难治性肺炎支原体肺炎患儿，病情较为严重，通过护理人员的精心照护，患儿病情明显好转，现就相关护理经验作如下总结与分享，希望能够给大家带来有价值的参考。

【关键词】：难治性肺炎支原体肺炎；儿科护理；案例分析

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.089

引言

儿童的免疫系统尚未发育完善，外加对于疾病耐受力相对较低，一旦患上难治性肺炎支原体肺炎，不仅需要漫长的康复周期，还面临着复杂多样的护理需求。对此，有必要针对难治性肺炎支原体肺炎护理个案进行系统化分析，提炼出其中工作经验，为今后更好地开展护理工作提供有效参考与借鉴。

1 病例介绍

患儿，张某某，女，7岁5月。在来我科就诊的前1周，患儿曾接触过因患病咳嗽的表弟，之后便出现干咳症状。5天前开始发热，体温最高达到41℃，无寒颤，无抽搐，热峰3次/天，咳嗽明显，有痰，可咳出白色黏痰，患儿否认有异物吸入史，既往身体健康，无疾病史，无过敏史。

医学检验及胸部CT结果显示，该患儿存在脓毒血症、大叶性肺炎、难治性肺炎支原体肺炎、（左肺）肺实变、乳酸脱氢酶升高、凝血功能异常等病症。

医生根据患儿病情、体征及医学检查结果，确定以下治疗方案：口服阿奇霉素、雾化吸入硫酸特布他林+丙酸氟替卡松、皮下注射低分子肝素钙、静脉滴注头孢美唑、甲强龙、替考拉宁、盐酸溴己新。

治疗7日后，患儿躯体逐渐康复，体温恢复正常，偶有咳嗽但次数不多，痰响减少，未发生手术相关并发症，医生判定患儿病情基本痊愈，准予出院。

2 护理措施

2.1 清理痰液

(1) 用药护理：遵医嘱给予硫酸特布他林+丙酸氟替卡松雾化吸入，每日3次。

(2) 叩击胸部：患儿取侧卧位或坐位，叩击者五指并拢，掌心空虚成杯状，掌指关节屈曲120度，利用腕关节力量在患儿呼气时进行有效地叩击，每个部位2—5min，100—280次

/min。叩击顺序：从下至上，由外向内，从背部第10肋间隙、胸部第6肋间隙开始。叩击时应密切注意患儿的反应^[1]。

(3) 引流护理：根据病人肺部病变部位，将其安置于适当的体位，使引流支气管开口向下，由于患儿主要病变是左肺上叶，取仰卧位，向右转体45°，床呈头低足高位。每次引流的体位保持5—15分钟，每日2—3次。于餐前1小时或餐后2小时进行。

(4) 呼吸训练：指导患儿手持悬浮球呼气训练装置，尽量保持悬浮球稳定性，以鼻吸口呼的方式达到呼气时长和有效训练，8—10次/min，持续3—5min，每日3次。

(5) 指导有效咳嗽：帮助患儿取坐位，深吸气，进行深而慢的腹式呼吸5—6次，以达到必要的吸气容量，吸气后要有短暂的闭气，屏气3—5s，以使气体在肺内得到最大的分布。关闭声门，当气体分布达到最大范围后，再紧闭声门，以进一步增加气道内压力，增加胸膜腔内压，当肺泡内压力明显增高时，突然将声门打开，身体前倾，从胸腔进行2—3次短促有力的咳嗽，咳出呼吸道的分泌物^[2]。

2.2 降温护理

(1) 密切观察：密切观察患儿生命体征，定期测量体温，对其发热程度进行动态评估，评估标准为：低热37.3-38.0℃、中等热38.1-39℃、高热39.1-41.0℃、超高热41℃以上），评价其发热类型，例如稽留热、弛张热、间歇热、不规则热。及时将观察结果报告医生，以便于优化治疗方案，缩短治愈周期。

(2) 给予降温：当患儿体温低于38.5℃时，给予温水擦浴、冰袋冷敷等物理降温，寒战时不宜进行物理降温；患儿体温≥38.5℃时，使用药物进行降温。退热处置30min至1h后复测体温。

(3) 促进舒适：将室温调节至18-22℃，湿度控制在50%—60%为宜。及时更换被汗液浸湿的衣被，保持皮肤清洁，提

醒家属每天为患儿进行口腔护理，并且鼓励患儿多喝水，单日饮水量需达到 800—1000ml/d。

2.3 预防感染

(1) 保护性隔离：保持病室环境整洁，定时开窗通风。病房使用空气消毒机每日 3 次，每次 1 小时。做好手卫生，正确佩戴口罩，保持床单位整洁。

(2) 静脉通路的维护：输液治疗时，严格消毒无菌操作并加强巡视，预防并发症的发生。

(3) 指标监测：监测体温、C 反应蛋白、降钙素原等结果，及时及早发现感染灶给予抗生素治疗。

2.4 心理护理

(1) 术前心理疏导：术前一日，护士采用中文版改良耶鲁术前焦虑量表 (Cm-YPAS) 评价患儿术前焦虑状况，评分 52 分，显示为中重度焦虑。对此，护士借助移情易性法、言语开导法、顺情从欲法为患儿提供多样化心理疏导，使其焦虑情绪得到有效缓解。

(2) 做好心理支持与健康宣教：护士鼓励患儿经常表达自己的感受，并且做到认真倾听。建议家属带领孩子开展亲子阅读，并为其提供《阳光宝宝的魔镜探险之旅》绘本，使患儿及家属了解纤维支气管镜手术过程，减轻其担忧和顾虑。

(3) 童趣化医疗游戏干预：医-护-社工联合组织主题情景剧进行术前宣教，通过角色扮演沉浸式体验“DIY 医疗小纵队”游戏，消除对镜检手术的恐惧^[3]。

2.5 术后护理

(1) 落实手术标准：在纤维支气管镜手术过程中，严格落实消毒标准，遵循消毒流程，遵医嘱使用围手术期抗感染治疗，依据发热的原因进行相应处理。

(2) 饮食护理：护士告知患儿家属手术 2 小时之后，可以适量进食、饮水。但是，24 小时内，不可进过热或刺激性食物。食物种类以易消化、易吸收、易吞咽的流食或半流食为主，例如牛奶、粥等。待病情进一步好转后，逐渐丰富食物种类。

(3) 指导咳嗽：护士嘱托患儿少说话、多休息，并鼓励患儿轻轻将痰液咳出，不可用力咳嗽、咳痰，以免引发肺出血。

(4) 密切观察：术后，护士严密观察体温、心率、呼吸、血压、血氧饱和度等生命体征病情变化，遵医嘱予 1L/min 低流量给氧，保持呼吸道通畅，防止窒息的发生。在支气管镜活检术后，患儿出现痰中带血或少量血痰均属正常现象。但是，如果发现患儿有咽部不适，吞咽不畅、胸闷、声嘶等症状，需

要请求医生，对症治疗。如果出现大咯血，务必及时报告医生给予紧急处理。

2.6 预防并发症

(1) 监测患儿凝血七项检测结果：血浆凝血酶原时间、D-二聚体等，针对静脉血栓栓塞风险进行有效防范。

(2) 根据医嘱采取抗凝药物治疗，观察患儿是否出现用药不良反应，皮下血肿、脏器或黏膜出血等情况时，应立即通知医师进行配合处理。

2.7 运动指导

遵循循序渐进、量力而行、以不疲劳为度，避免剧烈运动、过度活动及长时间哭闹，防止加重心肺负担，诱发咳嗽、喘息加重。之后，指导和协助卧床患儿进行下肢的主动和被动运动，如果踝关节屈伸运动和踝关节环绕运动每天 3~4 次，每次 20~30 组。护士看患儿较为配合，便指导其开展“空中踩车”训练。具体训练方法为：患儿取平卧位，上半身保持不动，屈膝抬高下肢，屈髋关节和膝关节成 90°，两小腿在空中交替向最远端做空踩自行车的动作，两小腿交替向最远端做空踩动作，直到膝关节完全伸展，再恢复髋关节和膝关节屈成 90° 状态。

2.8 出院指导

在患儿即将出院时，护士告知家庭出院之后，仍然需要持续进行呼吸功能锻炼，优化饮食结构，加强营养，避免与其他患者之间发生交叉感染。出院 1 周后，护士对患儿进行了随访，患儿康复效果良好^[4]。

3 小结

在收治本案例患儿之后，护士基于护理程序的个案管理模式，结合难治性肺炎支原体肺炎致病原因、患儿实际病情、遵从医嘱制定了周全细致的康复护理方案。比如通过指导患儿有效咳嗽、精准化体位引流措施，帮助患儿将痰液顺利排出，从根本上去除其病灶。护士还结合患儿的年龄层次，对移情易性法、言语开导法、顺情从欲法和童趣化医疗游戏干预措施进行灵活运用，使患儿的焦虑情绪得到有效缓解。外加强化术后病情观察、健康宣教等措施，降低术后并发症发生率，使治疗效果和患儿安全得到有效保障^[5]。

本案例证明，在面向难治性肺炎支原体肺炎患儿开展护理工作时，基于护理程序的个案管理模式符合该疾病护理需求，可以有效改善患儿的临床症状、心理状态与生活质量，使其尽快康复出院。

参考文献：

- [1] 孙大军.难治性肺炎支原体肺炎患儿院内感染的病原菌分布特点及危险因素分析[J].中国实用医药,2020,15(13):44-46.
- [2] 王波.优质护理模式在难治性肺炎支原体肺炎患儿中的应用价值[J].中国药物经济学,2015,10(07):148-149.

- [3] 刘小燕.童趣化护理在儿童难治性肺炎支原体肺炎辅助机械排痰中的应用[J].妇儿健康导刊,2023,2(01):150-152.
- [4] 朱少合,胡红梅,林文婷.家长培训对难治性支原体肺炎患儿生存质量与治疗、护理依从性的影响观察[J].中国医学创新,2018,15(34):90-93.
- [5] 石莹,丁瑛雪.难治性肺炎支原体肺炎的护理体会[J].中国医刊,2014,49(07):10-11.