

全国护士资格考试辅导教材
临床护理技能培训规划教材
卫生职业教育院校合作创新教材


临床护理

LINCHUANGHULI
BINGLIFENXI
JIAOCHENG

病例分析教程

供护理学类（含助产）、医学技术类专业使用

主审 ● 孙晓洁 主编 ● 刘贵琪

 郑州大学出版社

全国护士资格考试辅导教材
临床护理技能培训规划教材
卫生职业教育院校合作创新教材
供护理、助产、相关医学技术等专业使用

临床护理病例 分析教程

主编 刘贵琪

郑州大学出版社

· 郑州 ·

图书在版编目(CIP)数据

临床护理病例分析教程/刘贵琪主编. —郑州: 郑州大学出版社,
2014. 8

ISBN 978 - 7 - 5645 - 1917 - 9

I. ①临… II. ①刘… III. ①护理学 - 高等职业教育 - 教材
IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 149606 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人: 王 锋

全国新华书店经销

河南安泰彩印有限公司印制

开本: 710 mm × 1 010 mm 1/16

印张: 11

字数: 204 千字

版次: 2014 年 8 月第 1 版

邮政编码: 450052

发行电话: 0371 - 66966070

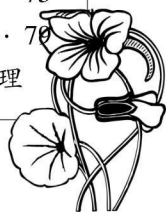
印次: 2014 年 8 月第 1 次印刷

书号: ISBN 978 - 7 - 5645 - 1917 - 9 定价: 27.00 元

本书如有印装质量问题, 由本社负责调换

目 录

第一章 内科临床护理案例分析	1
第一节 老年糖尿病皮肤感染临床护理分析	1
第二节 支气管哮喘临床护理分析	5
第三节 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并Ⅱ型呼吸衰竭 临床护理分析	9
第四节 肝硬化合并上消化道出血临床护理分析	12
第五节 进展性脑梗死临床护理分析	17
第六节 高血压合并冠心病(心绞痛)临床护理分析	21
第七节 结核性腹膜炎合并肠梗阻临床护理分析	24
第八节 溃疡性结肠炎临床护理分析	27
第九节 食管溃疡并出血临床护理分析	29
第十节 特发性血小板减少性紫癜临床护理分析	33
第十一节 急性淋巴细胞白血病临床护理分析	37
第十二节 急性心肌梗死临床护理分析	40
第十三节 脑出血临床护理分析	44
第十四节 老年急性左心衰竭并发肺部感染临床护理分析	47
第二章 外科临床护理案例分析	53
第一节 肺癌全肺切除术围手术期临床护理分析	53
第二节 急性梗阻性化脓性胆管炎临床护理分析	56
第三节 乳腺癌围手术期临床护理分析	60
第四节 胃癌全胃切除围手术期临床护理分析	64
第五节 腰椎间盘突出症围手术期临床护理分析	67
第六节 原发性脑干损伤临床护理分析	71
第七节 特重度烧伤临床护理分析	75
第八节 宫颈癌术后引发粘连性肠梗阻临床护理分析	79
第九节 急性出血坏死性胰腺炎及术后并发上消化道出血临床护理	



分析	81
第十节 老年股骨颈骨折临床护理分析	84
第十一节 急性化脓性坏疽性阑尾炎合并阑尾周围脓肿临床护理 分析	87
第十二节 慢性阻塞性肺疾病引发张力性气胸临床护理分析	89
第十三节 良性前列腺增生合并右肾积水临床护理分析	92
第十四节 食管上段癌根治术临床护理分析	95
第十五节 双侧腹股沟斜疝伴左侧嵌顿疝临床护理分析	98
第三章 妇产科临床护理病例分析	104
第一节 中央型前置胎盘反复大出血临床护理分析	104
第二节 妊娠期高血压综合征临床护理分析	107
第三节 子宫肌瘤临床护理分析	110
第四节 妊娠晚期子宫角静脉自发破裂出血临床护理分析	111
第五节 产后出血临床护理分析	114
第六节 滴虫性阴道炎临床护理分析	117
第七节 功能失调性子宫出血临床护理分析	119
第八节 宫颈癌临床护理分析	122
第九节 慢性宫颈炎临床护理分析	125
第十节 完全性前置胎盘并发早剥臀位助产临床护理分析	127
第十一节 胎膜早破保守治疗临床护理分析	129
第十二节 异位妊娠(输卵管妊娠)临床护理分析	132
第十三节 自然流产(先兆流产)临床护理分析	135
第四章 儿科临床护理病例分析	138
第一节 支气管肺炎合并心力衰竭临床护理分析	138
第二节 吉兰-巴雷综合征临床护理分析	141
第三节 再生障碍性贫血临床护理分析	143
第四节 以消化道为首发症状的系统性红斑狼疮临床护理 分析	146
第五节 小儿过敏性紫癜合并紫癜性肾炎临床护理分析	148
第六节 早产儿合并新生儿寒冷损伤综合征临床护理分析	151
第七节 病毒性心肌炎临床护理分析	153
第八节 小儿上呼吸道感染合并高热惊厥临床护理分析	156
第九节 儿童肥胖症临床护理分析	158



第五章 急诊科临床护理案例分析	162
第一节 急性一氧化碳中毒临床护理分析	162
第二节 急性有机磷农药中毒临床护理分析	164



第一章 内科临床护理案例分析

第一节

老年糖尿病皮肤感染临床护理分析

老年人的皮肤和黏膜屏障能力在逐渐下降,表皮老化程度加深,细胞数量降低,皮下脂肪松散,再生能力也有不同程度的变化。老年糖尿病可导致血管性疾病,引起严重的肢端血液循环障碍,导致皮肤和皮下组织细胞营养成分降低,出现代谢混乱,造成纤维化、色素沉着、皮下脂肪坏死、萎缩等问题,严重时导致表皮细胞坏死而引发溃疡。另外,糖尿病使白细胞的趋化和吞噬功能降低,皮肤发生感染时,很容易扩散,引发各种感染。这就需要对老年糖尿病患者采取相应的皮肤护理措施,做到“早预防,早发现,早治疗”,以减少其他并发症的发生。



病例介绍

刘某,男性,70岁。1周前左下肢外侧偶感疼痛,可见一花生大小的肿物,未在意,也未治疗。3d前局部疼痛加剧,就诊于乡卫生院,给予抗生素治疗,症状未见好转且逐渐加重,为进一步诊治而前来就诊。门诊以“Ⅱ型糖尿病,糖尿病并发皮肤感染”收住院。既往糖尿病3年,未进行正规服药及胰岛素治疗。

入院查体: T 38.5℃, P 82次/min, R 18次/min, BP 122/76 mmHg, 身高172 cm, 体重80 kg。神志清楚,言语流利,查体合作,心率82次/min,律齐,双肺呼吸音清,腹部无压痛及反跳痛。左下肢外侧可见一10 cm×8 cm肿块,边界不清,颜色暗紫,略高出皮肤,质地硬。发病以来患者精神食欲好,

大小便正常。

辅助检查:血常规检查白细胞(WBC) $12.47 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N) $8.42 \times 10^9/L$;随机血糖 16.7 mmol/L 。



入院后主要治疗

入院后给予糖尿病护理常规护理,糖尿病饮食,皮下注射胰岛素控制血糖,局部用50%硫酸镁湿热敷,全身使用抗生素,扩血管药物改善循环。入院第6天疔肿局部软化,空腹血糖 7.2 mmol/L ,餐后血糖 10.1 mmol/L ,遵医嘱给予局部切开引流,引出血性脓液 200 mL 。术后继续抬高患肢、抗生素治疗。入院第21天伤口愈合较好,给予间断拆线。第26天痊愈出院。



护理评估要点

患者为老年男性,既往有糖尿病,但未进行正规治疗。本次发病以来也未引起足够的重视,说明患者对糖尿病的认识不够。皮肤疔、痈属于糖尿病的常见并发症,主要由皮肤的感染引起,应注意预防其他并发症的发生。使用胰岛素治疗期间要注意观察低血糖反应,同时抬高下肢,做好下肢的护理,必要时进行下肢制动。



护理实施过程

1. 发热的护理

(1) 护理诊断 体温过高:与感染有关。

(2) 护理目标 体温降至正常。

(3) 护理措施 ①保持病房安静、环境舒适、温湿度适宜;②鼓励患者多喝水,每日 $1\ 000 \sim 2\ 000 \text{ mL}$ 。③遵医嘱给予柴胡、安痛定肌内注射,注意患者出汗后及时更换内衣,防止受凉。体温高于 $39 \text{ }^\circ\text{C}$,给予物理降温。④遵医嘱静脉输注头孢他啶,注意观察过敏反应。

2. 疼痛的护理

(1) 护理诊断 疼痛与下肢皮肤感染有关。

(2) 护理目标 下肢疼痛减轻或消失。

(3) 护理措施 ①使用垫枕给予抬高下肢,保持肢体处于功能位;②局部给予50%硫酸镁湿热敷,每日3次;③局部给予红外线理疗,每日2次;④教会患者学会自我放松的方法,分散对疼痛的注意力。

3. 皮肤护理

(1) 护理诊断 皮肤完整性受损:与皮肤感染及疔痈切开引流有关。

(2) 护理目标 患者术后无不适,伤口按期愈合。

(3) 护理措施 ①使用垫枕给予抬高下肢,保持肢体处于功能位;②伤口局部换药,每日用质量浓度 5 g/L 碘伏消毒伤口局部,并注意观察引流液的颜色、性质、量,纱布有渗液时及时更换;③由于术后患者自理能力缺陷,护理人员应每日协助患者床上擦浴、洗脸、刷牙等,每周洗头一次;④每日进行血糖监测,及时调整胰岛素的用量,确保皮肤伤口早日愈合。

4. 糖尿病知识的健康宣教

(1) 护理诊断 知识缺乏:与患者及家属对糖尿病疾病知识不了解有关。

(2) 护理目标 出院前患者及家属对糖尿病的知识有所了解,教会家属能正确给患者注射胰岛素,并能合理进食糖尿病饮食。

(3) 护理措施

1) 饮食护理 ①制订总热量:患者的标准体重是 70 kg [标准体重 = 身高(cm) - 100],根据成年人休息状态下每日每公斤理想体重给予热量 105 ~ 126 kJ,我们按照 126 kJ 计算,该患者每日的热卡为 8 820 kJ。②食物的组成和分配:根据食物中脂肪、蛋白质、糖类的分配原则,糖类占总热量的 50% ~ 60%,蛋白质一般不超过总热量的 15%。脂肪约占总热量的 30%,我们为患制订出每日的食谱,主食为 300 g。再依据患者的喜好,我们将主食量分为早饭 100 g,午饭 150 g,晚饭 50 g,提倡用粗制米、面和一些杂粮,蛋白质至少有 1/3 来自动物蛋白。③其他饮食注意事项:控制总热量、严格限制各种甜食及监测体重变化。当患者因为饮食控制而出现饥饿感时,可以增加蔬菜和豆制品等副食,在保持总热量不变的原则下,可以自行调节蔬菜,但要注意蔬菜尽可能食用含糖量在 5% 以下的,少食油炸及油煎食品,多食高纤维素的食物和水果,炒菜宜用植物油。严格限制各种甜食,包括各种糖果、点心、饼干、水果及各种含糖的饮料等。每周测量一次体重。

2) 使用胰岛素的护理 ①遵医嘱严格用药,并向患者及家属解释使用胰岛素的注意事项,每餐前 30 min 皮下注射胰岛素,每次更换注射部位,以防止注射部位发生局部硬结或局部皮下脂肪萎缩或增生;②严格无菌操作,防止发生局部感染;③每日监测血糖的变化,出现大的波动,及时询问患者的饮食情况,及时通知医生进行调整药物用量;④注意观察胰岛素的不良反应,观察患者有无胰岛素过敏及低血糖反应等。

3) 运动治疗 是糖尿病三大基本疗法之一。运动能促进糖代谢及提高胰岛素在周围组织中的敏感性。①原则:因人而异,循序渐进,相对定时、定量,适可而止;②种类:根据患者的年龄、病情、类型安排不同的运动,如做操、慢跑、快走、游泳等有氧运动,有心脑血管或严重微血管病变者,应慎重

安排活动;③时间和强度:运动开始的时间应在餐后 1 h,持续时间为 30 ~ 60 min,运动强度以运动时心率为衡量,合适心率(次/min) = 170 - 年龄。

5. 预防糖尿病并发症的护理

(1) 护理诊断 潜在的并发症:糖尿病足、糖尿病酮症酸中毒、低血糖反应。

(2) 护理目标 住院期间无并发症发生。

(3) 护理措施

1) 糖尿病足的护理 不穿袜口过紧的袜子,选择软底宽头的鞋。每晚用温水洗足,水温不宜过高,保持趾间干燥。穿鞋前检查鞋中是否有异物,经常检查足部有无外伤、鸡眼、趾甲异常等,趾甲不要修剪过短,以免损伤甲沟。禁烟。

2) 糖尿病酮症酸中毒的护理 ①卧床休息;②持续低流量吸氧;③迅速建立静脉通道;④密切监测生命体征的变化;⑤清醒患者可多饮水,重症患者可先输生理盐水,当血糖降至 13.9 mmol/L 左右时,以速度为 4 ~ 6 U/h 输入加胰岛素的 5% 葡萄糖,同时注意补钾和碱性药物,以纠正电解质和酸碱平衡紊乱;⑥正确留取血、尿标本,及时送检。

3) 低血糖反应的护理 患者出现饥饿感、心慌、出冷汗、面色苍白、头晕、四肢无力或颤抖,或睡眠中突然觉醒,皮肤潮湿多汗等,严重者出现抽搐、昏迷,以上情况多提示低血糖反应。一旦出现低血糖反应应立即给予糖分补充,解除脑细胞缺糖症状。轻症者,可给予约合 15 g 糖的糖水、含糖饮料或饼干、面包等,15 min 以后测血糖,如仍低于 2.8 mmol/L,继续补充以上食物一份。如病情严重,神志不清者,应立即给予静脉注射 50% 葡萄糖 40 ~ 60 mL,或静脉滴注 10% 葡萄糖液。患者清醒后改为进食米、面食物,以防再度昏迷。



治疗护理效果

患者入院后能积极配合医护人员进行治疗和护理,每天坚持按医嘱进食糖尿病饮食,按时餐前注射胰岛素。血糖控制理想,下肢切口愈合较好,未发生其他并发症。



讨论

随着我国人口老龄化,糖尿病患者的人数在逐年增加。糖尿病是一种慢性、终身性疾病,可发生严重的并发症,包括大血管病变、微血管病变、神经病变以及糖尿病足、糖尿病肾病、糖尿病眼底病变等,使患者丧失劳动能

力,并对患者的机体产生巨大的威胁。糖尿病并发症的防治依赖于血糖控制,“管住嘴,迈开腿”是糖尿病治疗与控制的基本措施。近年来,更多的研究报道指出,糖尿病治疗与控制措施必须由患者本人来实施,才能更好地控制和预防并发症的发生。

(穆秀花)

第二节

支气管哮喘临床护理分析

目前临床上常见的一些慢性呼吸道疾病里就包括支气管哮喘,这种疾病可以说是一种慢性的气道性炎症现象,一般会因为支气管的平滑肌痉挛、黏膜水肿等造成呼气性呼吸困难,患者出现胸闷以及剧烈咳嗽等现象。该病通常会发生在夜间或者是清晨,而且反复发作的频率较高。因此,在治疗该病时需要经过一个长期、系统的过程。如果不进行及时的治疗,很容易给患者的生活以及生存质量带来很大的不良影响。所以,对哮喘患者进行全程细致的护理,能够将患者的依从性在一定程度上提高,减少发作的次数,降低反复发作的频率,从而提高患者的生活质量。



病例介绍

李某,男性,25岁。2h前和同学一起游园时突然出现张口喘息、大汗淋漓,被同学紧急送来医院,门诊以“支气管哮喘”收入院。患者于5年前开始,每年春季发生阵发性呼吸困难。曾就诊于医院,被诊断为“支气管哮喘”,间断使用沙丁胺醇气雾剂进行治疗。其母患有支气管哮喘。

入院查体: T 36.8℃, P 116次/min, R 26次/min, BP 120/72 mmHg。神志清楚,被动体位,端坐位,口唇发绀,双肺叩诊过清音,呼气明显延长,双肺可闻及广泛哮鸣音。初步诊断: 支气管哮喘

辅助检查: 血常规检查白细胞(WBC) $6.2 \times 10^9/L$; 动脉血气分析, PaO₂ 65 mmHg, PaCO₂ 33 mmHg; 肺功能检查: FEV₁ 69%。



入院后主要治疗

入院后遵医嘱给予支气管哮喘护理常规护理,高热量饮食。持续吸氧,3 L/min,解除支气管痉挛,使用糖皮质激素,每8h一次硫酸特布他林及布

地奈德雾化吸入。治疗 3 d 后喘息明显减轻,停吸氧,雾化吸入改为每日 2 次,住院 1 周痊愈出院。



护理评估要点

哮喘发作大多与接触过敏原有关。患者是在公园游玩的过程中发病,既往有发病史,有家族史,其母亲也患有支气管哮喘。呼吸 26 次/min,心率 116 次/min,中度呼吸困难,持续发病 2 h,表情紧张。要注意观察哮喘发作持续的时间以及有无突然出现胸痛、咳嗽、呼吸困难加重等并发症。



护理实施过程

1. 呼吸困难的护理

(1) 护理诊断 气体交换受损:与支气管痉挛、气道炎症和气道阻力增加有关。

(2) 护理目标 患者呼吸困难缓解,能进行有效呼吸。

(3) 护理措施

1) 环境与体位 尽快脱离有过敏原的环境,提供安静、舒适、温湿度适宜的环境,保持室内清洁,空气流通。根据患者的需要,提供舒适的体位,抬高床头,给患者取半坐卧位或为端坐呼吸的患者提供床旁桌支撑,以减少患者的体力消耗。病室内不得摆放花草,避免使用皮毛、羽绒及蚕丝织物。每周清洗窗帘。

2) 饮食护理 给予高热量、易消化的清淡饮食,避免进食冷、硬、油炸食物。避免食用有可能导致过敏的食物,如鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶等。尽可能查找过敏原并注意避免接触。戒烟酒。

3) 氧疗护理 遵医嘱给予氧气吸入 3 L/min,保持氧气管通畅,每 8 ~ 12 h 更换氧气管,每日更换湿化液,为避免气道干燥,吸入的氧气应尽量温暖湿润。在给氧的过程中,注意监测动脉血气分析。

4) 病情观察 观察哮喘发作的前驱症状,如鼻咽痒、打喷嚏、流眼泪等。监测呼吸音、哮鸣音的变化,监测动脉血气分析和肺功能情况,了解病情和治疗效果。哮喘严重发作时,备好呼吸机,做好机械通气的准备工作。

5) 用药护理 ①茶碱类。静脉输注过程中浓度不宜过高,速度不宜过快,以防中毒反应。其常见不良反应有恶心、呕吐等消化道症状,其他不良反应有心律失常、血压下降和兴奋呼吸中枢的作用,严重者可致抽搐甚至死亡。茶碱控(缓)释片有控释材料,不能嚼服,必须整片吞服。②抗生素类。有过敏反应,注意要做皮肤过敏试验。首次滴注时速度要慢,防止过敏发生。有的抗生素即使过敏试验阴性,也有迟缓反应,输注过程中仍要注意观

察有无皮疹等不适,同时注意监测血常规。③ β_2 受体激动剂。要遵医嘱用药,不宜长期、单一、大量使用,防止出现耐药性。④糖皮质激素。吸入药物治疗,全身性不良反应少,少数患者会出现口腔念珠菌感染、声音嘶哑或呼吸道不适,指导患者喷药后必须立即用清水充分漱口,以减轻局部反应和胃肠道吸收。口服用药宜在饭后服用,以减少对胃肠道黏膜的刺激。糖皮质激素使用后不得随意增减或停药,必须遵医嘱执行。⑤其他。酮替芬有镇静、头晕、口干、嗜睡等不良反应,宜晚上服用。对高空作业人员、驾驶员等应予以强调不良反应。白三烯调节剂的主要不良反应是轻微的胃肠道反应,少数有皮疹、转氨酶升高,停药后可恢复。

6) 做好基础护理 哮喘发作时,患者常会大量出汗,要经常更换衣服,并每天进行温水擦浴,保持皮肤清洁舒适。鼓励患者咳嗽后用温水漱口,多喝水,保持口腔清洁湿润。

2. 咳嗽、咳痰的护理

(1) 护理诊断 清理呼吸道无效:与支气管黏膜水肿、分泌物增多有关。

(2) 护理目标 患者能够进行有效的咳嗽,排出痰液。

(3) 护理措施

1) 病情观察 密切观察咳嗽、咳痰的情况,详细记录痰液的颜色、性质、量。正确收集痰液并送检。

2) 补充水分 哮喘急性发作时,常伴有呼吸增快、出汗,失水导致痰液黏稠,可使痰栓阻塞小支气管,加重呼吸困难。此时应鼓励患者多喝水,每天饮水量2 500~3 000 mL,以补充丢失的水分。足够的水分可以保证呼吸道黏膜的湿润和病变的修复,利于痰液稀释和排出。

3) 促进有效排痰 ①深呼吸和有效咳嗽。根据病情需要,取舒适体位,先行5~6次深呼吸,于深吸气末屏气,继而咳嗽数次,将痰咳到咽部附近,再用力咳嗽将痰排出。或患者取坐位,两腿上置一枕头,顶住腹部(促进膈肌上升),咳嗽时身体前倾,头颈屈曲,张口咳嗽将痰液排出。嘱患者取侧卧深屈膝位,有利于膈肌、腹肌收缩和增加腹压,并经常变换体位以利于痰液咳出。②湿化呼吸道。常用超声雾化吸入或氧气雾化吸入,可在雾化液中加入某些药物,如祛痰药、平喘药、抗生素等,以达到排痰、平喘、消炎的效果。但应警惕超声雾化的某些不良反应,如长期的雾化吸入引起气道湿化过度、干稠分泌物湿化后膨胀阻塞支气管、雾滴刺激支气管引起支气管痉挛、呼吸道继发感染等。要注意观察患者情况,湿化时间不宜过长,一般以10~20 min为宜,湿化温度控制在35~37℃。按规定消毒吸入装置和病房环境,严格无菌操作,加强口腔护理,避免呼吸道交叉感染。③胸部叩击。患者取侧卧位,护士两手手指并拢,手背隆起,指关节微屈,从肺底由下向上、由外

向内叩拍胸壁,震动气道,边拍边鼓励患者咳嗽,以进一步促进痰液排出。每侧肺叶反复叩击1~3 min,每分60~100次,叩击时发出一种空而深的拍击音则表明手法正确。④无效者可用负压吸引器吸痰。

3. 健康指导

(1) 护理诊断 知识缺乏:缺乏对疾病的正确认识及预防复发的知识。

(2) 护理目标 了解疾病相关知识并引起足够的重视。

(3) 护理措施 ①向患者解释哮喘的诱因以及避免诱因的方法,使患者了解长期、适当、充分的治疗可以完全控制哮喘的发作。②熟悉哮喘发作的先兆及相应的处理方法。③了解支气管舒张剂的作用、用法和副作用,掌握正确的吸入技术。④指导患者摄入营养丰富且清淡饮食,避免易诱发哮喘发作的食物,如牛奶、鱼虾等。避免刺激性食物和饮酒,鼓励多饮水。避免强烈的精神刺激和剧烈运动。避免持续的喊叫等过度换气动作。不养宠物,避免接触刺激性气体及预防呼吸道感染。戴围巾或口罩避免冷空气刺激,在缓解期应加强体育锻炼、耐寒锻炼及耐力锻炼,以增强体质。⑤皮试查过敏原,进行特异脱敏治疗。还可用哮喘疫苗预防注射以增强非特异性体液因子,提高白细胞吞噬功能。



治疗护理效果

患者经治疗3 d后咳嗽、呼吸困难明显减轻,出院时症状完全消失,可以进行日常的生活。



讨论

诱发支气管哮喘的主要原因是患者体内产生了大量的嗜酸性粒细胞以及肥大细胞等,导致出现气道变应性的炎性症状,通常在临床中会表现为患者反复出现哮喘、呼吸困难以及剧烈咳嗽等症状。因此,需要在临床的护理过程中,加强对患者的基础护理,并且要对患者实行一定程度的心理干预,排除患者的心理障碍,对疾病以及药物使用等宣传教育,能够让护理人员不再盲目地按照医生的嘱咐实施护理,而是能够有计划地对患者进行全程的护理,进一步降低患者反复发作的频率,提高患者的自我监护能力,最终提高疗效。与此同时,还需要加强患者和医护人员的交流沟通,保证患者具有良好的心理以及生理状态,进一步改善患者日常生活中的不良习惯等。

(穆秀花)

第三节

无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并Ⅱ型呼吸衰竭 临床护理分析

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限特征的肺部疾病,常合并Ⅱ型呼吸衰竭。机械通气是抢救呼吸衰竭患者重要的手段之一,无创正压通气(NIPPV)是一个安全有效的方法,可应用于各种原因引起的呼吸衰竭,使用经面罩无创机械通气治疗COPD合并Ⅱ型呼吸衰竭可保留患者的语言及进食功能,使患者更容易接受。



病例介绍

李某,男性,76岁,咳嗽、咳痰伴气喘15年。4d来咳嗽、咳痰加剧,痰呈黄色黏痰,不易咳出,夜间烦躁不眠,白昼嗜睡而来就诊。门诊以“慢性阻塞性肺疾病、慢性呼吸衰竭(Ⅱ型)、呼吸道感染、肺性脑病”收住院。个人嗜好吸烟60年,已戒烟2年。

入院查体:T 37.8℃,P 124次/min,R 32次/min,BP 160/85 mmHg。患者消瘦,半卧位,问话回答有时不切题,口唇及皮肤发绀,皮肤温暖。球结膜充血、水肿,颈静脉怒张,桶状胸,呼吸浅而快,肺部叩诊呈过清音,两肺散在哮鸣音,肺底湿啰音。

辅助检查:血红蛋白(Hb) 160 g/L,白细胞(WBC) $14.5 \times 10^9/L$;动脉血气分析, PaO_2 43 mmHg, $PaCO_2$ 70 mmHg。



入院后主要治疗

入院后给予呼吸衰竭护理常规护理,一级护理,高热量、高蛋白、高维生素饮食,吸氧、抗感染、解痉、平喘、糖皮质激素、对症支持治疗。治疗3d效果不理想,遵医嘱给予经面罩无创机械通气治疗,每日上机2~4次,每次3~4h,连续治疗1周后患者病情好转。



护理评估要点

患者年龄大,病史长,病情重,心理负担较重。上机前要和患者及家属进行充分的沟通,上机后要有专人负责,注意观察各管道是否通畅,衔接是

否紧密,有无漏气。及时观察患者病情变化,观察有无腹胀、压迫性损伤、刺激性角膜炎、口咽干燥、排痰障碍等并发症,以及有无人机抵抗现象。



护理实施过程

1. 上机前的准备

(1) 心理护理 在 NIPPV 治疗中,患者积极配合至关重要。由于患者呼吸困难明显,对 NIPPV 治疗的效果和安全性不了解等原因,容易产生焦虑、恐惧等不良情绪。上机前应先做好患者的准备工作,用简单易懂的语言向患者及家属解释尽早接受呼吸机治疗的重要性,认识该治疗的目的、配合方法,及时解答患者及家属提出的问题。鼓励患者树立治病的信心,消除紧张、恐惧心理,以良好的心态接受并主动配合 NIPPV 治疗。

(2) 气道准备 保持呼吸道通畅是确保患者应用 NIPPV 有效的前提。COPD 伴呼吸衰竭的患者气道分泌物较多,护士应及时指导患者咳嗽、咳痰。对于痰液黏稠不易咳出者,可配合拍背、雾化吸入、负压吸引等方法促进排痰。

(3) 呼吸机的准备 选用 BIPAP 呼吸机,状态 S/T。上机前必须严格测试呼吸机的功能是否完好,各管道是否通畅,有无漏气,过滤膜、细菌过滤网是否已经更换,湿化器水位是否正常。预设呼吸频率(F) 12~16 次/min,呼与吸(I:E) 比例为 1:2,潮气量 7~9 mL/kg,吸气压力(IPAP) 从 8 cmH₂O,呼气压力(EPAP) 从 4 cmH₂O 开始,待机备用。

(4) 鼻(面)罩的选用 根据患者的面型、病情,能否积极配合等情况,选择合适的面罩或鼻罩。使用鼻罩可减轻患者的憋闷感,不影响患者的咳嗽、咳痰、进食等,患者感觉舒适,但患者有张口呼吸者,不能很好地配合则不宜使用。头套的固定要松紧适当,以头移动时面罩不移动,不漏气为宜,过紧会导致局部血液循环不良,引起鼻翼两侧出现褥疮等。向患者讲解示范鼻(面)罩连接、拆除的方法,以便患者在咳嗽、咳痰、呕吐等情况下能自行解除鼻(面)罩,避免痰液及呕吐物堵塞气道而引起窒息。

2. 上机后的护理

(1) 呼吸道护理 ①上机时护士要在床旁陪护患者,用语言和肢体等形式和患者进行沟通,指导患者进行有节奏的深而慢呼吸,随机送气和吸气,可对患者喊“吸—呼—吸—呼”指令,以触发呼吸机送气,使患者的呼吸与呼吸机同步,减少人机对抗。刚开始吸气压力支持(IPAP) 从 8 cmH₂O 开始,呼气压力(EPAP) 从 4 cmH₂O 开始,经过 5~10 min 逐渐增加到合适水平,根据氧合、耐受程度,逐渐上调 IPAP 至 14~20 cmH₂O,EPAP 4~8 cmH₂O,吸氧浓度 30%~40%,以保证患者咳嗽、进食、饮水等。呼吸机的位置应低于患

者的头部,各管道连接紧密,保持管道畅通。②保证充足的液体入量,防止因痰液黏稠不易咳出而导致呼吸难以纠正。定时帮助患者翻身、拍背,指导其有效咳嗽、排痰。老年患者因咳痰无力,应备好吸痰器,随时准备为患者经口吸痰。③加强呼吸道的湿化和雾化,促进痰液排出。湿化瓶内应加无菌蒸馏水并每天更换,注意保持瓶内水量适当,湿化温度以低于体表 $2\text{ }^{\circ}\text{C}$ 为佳,使吸入的气体温暖而湿润。常规雾化吸入布地奈德 5 mg 及特布他林 1 mg , 3 次/d ,以扩张支气管、畅通气道。④及时倾倒呼吸机管道中的积水,防止误吸入气管内引起肺部感染。

(2) 体位及饮食护理 患者可以根据自己的舒适度选择平卧位、半卧位、坐位等,但要保持头、颈、肩在同一平面。头略向后仰,保持气道通畅,进食时尽可能选择半卧位,防止食物反流。可以进食高热量、高蛋白、高维生素的清淡易消化食物,避免进食油腻、辛辣刺激性食物,以免影响呼吸道的防御功能,同时避免进食过多的糖类,以免腹胀。

(3) 病情观察 严密观察病情变化,如神志、呼吸、循环等改变,并做好记录。注意呼吸的频率、节律、深度,四肢末梢及口唇有无发绀,鼻翼是否扇动,有无颈静脉怒张等。确保呼吸机各参数处于正常工作状态,及时发现并处理人机抵抗。持续心电图监测,保证 $\text{SPO}_2 > 90\%$,上机治疗 24 h 抽取动脉血,监测动脉血气分析,与上机前进行比较。

(4) 预防并发症 腹胀、压迫性损伤、刺激性角膜炎、口咽干燥、排痰障碍是面罩机械通气常见的并发症,其预防的关键就是正确使用呼吸机面罩,指导患者正确配合治疗。面罩松紧适宜,可在鼻翼的周围垫纱布或棉垫进行保护,每隔 2 h 放松头带一次,用温热毛巾热敷头面部并按摩受压部位,以改善面部血液循环,恢复皮肤的弹性。嘱患者不要张口呼吸,吸气时一定要闭嘴,用鼻吸气,减少吞咽动作,尽量少讲话。调节IPAP,一般小于 $22\text{ cmH}_2\text{O}$,必要时应用胃肠动力药。经常检查管道有无漏气,出现角膜炎者可适当应用抗生素眼药水。



治疗护理效果

入院后患者治疗效果不明显,于第3天给予经面罩无创机械通气治疗。刚开始患者不能适应,每次只能携带呼吸机 $1\sim 2\text{ h}$,有腹胀等不适,判断与患者吸气时有张口呼吸有关。经过和患者有效沟通,患者学会了正确使用呼吸机辅助呼吸,人机配合比较理想。治疗1周后,达到了预期目标,患者好转出院。