

肺结核并发自发性气胸的护理

张艳梅

(黑龙江省大庆市第二医院 163461)

自发性气胸是肺结核病的常见并发症,其特点是发病急,病人突然胸痛、呼吸困难、紫绀等严重症状,如抢救不及时或护理不当,病人可迅速发生呼吸循环衰竭而死亡。文献报导此类病人占结核病住院病人的1.2%~2%。我院2003年1月~2004年12月两年间住院肺结核病人共1245人,其中以肺结核并发自发性气胸收容住院者16例,占住院病人总数的1.28%。经积极治疗和精心护理均痊愈出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本文16例病人全部为住院病人。其中男性11例,女性5例,年龄在20~70岁,平均年龄45岁。保守治疗自行吸收者4例,简易穿刺法排气4例,行胸腔闭式引流排气7例。

2 护理

2.1 保守治疗患者的护理

无肺功能不全,肺脏压缩在30%以下,患者可无明显病理症状,个别病人在日常活动中,只出现轻微气急症状,休息后能缓解,对于此类病人,可以保守治疗,取舒适体位,少活动,给持续低流量氧气吸入,提高血氧浓度,一般在3周左右,气胸能自行吸收。每天定时测量体温、脉搏、呼吸及血压等生命体征的变化。保持病室空气清新,定时通风、环境安静,使病人得到充分的休息,以利康复。病房应备有胸腔穿刺包和闭式引流装置,每周定时消毒,以备急用^[1]。

2.2 简易穿刺法排气的患者的护理

患者保守治疗无效,胸痛、紫绀较前加重,无严重呼吸困难者可以采用简易穿刺排气法排气。首先配合医生尽快抽出患者胸腔内气体,备好一切抢救所需用品。病人绝对卧床休息避免剧咳,保持大便通畅,以防加重气胸。进高蛋白、高热量、高维生素易消化食物。以便补充消耗,增强抵抗力,促进伤口愈合。随时观察病情变化,及时处理^[2]。

2.3 行胸腔闭式引流排气患者的护理

当患者突然出现严重胸痛、胸闷、紫绀、呼吸困难加剧、脉搏细速,面色苍白、大汗淋漓、血压下降时,应考虑自发性气胸的发生或已有气胸加重。立即备好胸腔引流装置,配合医生进行胸腔插管。胸腔闭式引流是治疗自发性气胸的有效措施之一,其成败与正确护理有很大关系。

病人取坐或半坐卧位,嘱有效咳嗽,使胸腔内气体、液体及部分坏死肺组织脱落排出,促进肺复张。保持引流管通畅,防止胸腔引流管被血块或坏死组织堵塞。

保持引流管通畅:注意观察水封瓶长玻璃管内水柱波动情况,定时挤压引流管,特别注意引流管扭曲打结,或引流管过长过软,以及血块或脓块阻塞,此外,如发现引流管滞于胸壁组织中时,应调整引流管位置,并妥善固定^[3]。

防止感染:闭式引流操作及用品均需无菌,引流管未经夹闭时,引流瓶不能高于病人腰部,避免引流瓶内液体返流胸腔,造成感染。

注意观察引流液的性质、颜色及量,并详细记录,每天更换胸腔引流瓶1~2次。

鼓励病人控制剧烈咳嗽,因剧烈咳嗽会影响病变胸膜愈合,尤其是强烈咳嗽,同时,由于呼吸困难,导致水分丢失、口干燥,痰液不易咳出,可酌情给予镇咳祛痰药,另外可适量引用温开水,亦可雾化吸入湿化呼吸道。保持大小便通畅,便秘者可给轻泻剂。进食高蛋白和维生素饮食,以利伤口愈合。

拔管时的护理:拔管前将引流管夹住观察1~2天,嘱病人安静卧床休息,避免咳嗽、保持大小便通畅,避免用力排便,胸腔闭式引流管在水封瓶内无气体溢出后予夹管24h后,行X线胸透或摄片,示肺全部复张后可行拔管。

2.4 做好心理护理及健康教育工作

16例肺结核合并自发性气胸病人均有多年的肺结核病史。因此积极、反复向病人讲解肺结核的病因及防治知识,是防止本病复发的根本措施^[4]。同时,气胸病人都伴有焦虑紧张情绪,护理人员要给予安慰、鼓励,向病人宣教自发性气胸的发病机理、治疗方法及预防知识,使其消除顾虑积极配合治疗。我们具体做到:

针对肺结核病程长、恢复慢、有传染性、病人常有抑郁和孤独感等特点向病人解释心理状态对疾病的影响,如情绪长时间抑郁,会诱发及加重肺部疾患,积极鼓励病人培养广泛兴趣爱好,保持乐观的心境,增强战胜疾病的信心,并注意休息,避免过度疲劳。适当增加营养,给高蛋白、高热量、高维生素等易消化饮食,戒烟酒。

坚持服药1~1.5年,每2~3个月复查痰菌及胸片,发现异常,及时就诊,调整治疗方案。

养成良好的卫生习惯,不随地吐痰,物品单独使用,定期消毒。

2.5 并发症的护理

2.5.1 胸腔积液:若自发性气胸合并结核性胸膜炎,要给予抗痨治疗。如已引流,注意引流液量及性状,并送化验和细菌培养。

2.5.2 胸腔内出血:出现出血,应确定系插管切口渗血,还是胸腔内出血,并给予对症止血治疗。

告诫患者不可长时间双腿交叉坐或远距离行走。并发多发性周围神经炎者的患肢感觉迟钝或异常,因此,尽量不用热水袋保暖,以免烫伤,寒冷时可用棉袜套肢端保暖,防止冻伤,若需要用热水袋时一定要注意水温不超过 50℃,且热水袋不能直接接触皮肤。选择大小适宜的鞋子和质地柔软、通气好的棉织品或毛织品的袜子。患者要坚持每晚用温水洗脚,水温不超过 37℃,洗脚时不可用力揉搓,避免擦伤皮肤。洗后用柔软、吸水性强的布擦干,特别保护足趾缝间的皮肤,切勿把爽身粉洒在脚部,以免堵塞毛孔。足部干燥者可涂植物油,防止干裂,修剪趾甲不可过短,皮肤搔痒者不可用力抓。戒掉不良习惯,不可光着脚走路,即使在家中厨房或浴室也应穿上布拖鞋,穿新鞋时不能超过 2 小时,且与旧鞋交替穿,以保护双脚;修剪脚趾甲时,不要修剪成半月形,应横着剪成一字形,因为容易造成伤口而引起发炎;如果趾甲角太尖利,可用趾甲锉将尖利处锉滑,但要避免用力太大或锉得太深;视力欠佳者,可请家人代劳。一旦不小心伤了皮肤,不要自己擅自处理,一定要去医院正确处理伤口。

4 结果

通过全身治疗、局部处理及以上精细护理,36 例病人治愈 30 例,治愈率 83.3%,好转 3 例,截趾 1 例,截趾率 2.8%,未愈 2 例(因经济困难放弃治疗)。无一例真菌感染发生,住院时间

最短 19 天,最长 125 天,平均住院 38 天,低于周佩如报道的平均住院 42 天^[1],同时降低了住院费用。

5 讨论

糖尿病足是指糖尿病病人踝关节以下部位的溃疡、坏疽或感染是糖尿病患者长期神经和血管病变的结果^[3]。本组病例,因运用了一套整体化护理方式及人文关怀理念,使得病人的治愈率及好转率明显提高,住院天数减少,降低了患者的住院费用,减轻患者经济负担,同时并发症减少,致残率及截趾率明显降低。

糖尿病患者一旦发现任何足破损或怀疑有皮肤颜色的改变应及时就诊。本组病例中 1 例因糖尿病足防治知识缺乏,未能做好家庭足部护理,再有明确的足部受伤史过程中,没有及时正确处理伤口而导致截趾的 1 例。因此,进行糖尿病足防治知识教育,是防治糖尿病足的关键。适当的足部护理可以避免近 50% 的患者下肢截肢。由此可见,正确的防治、糖尿病知识的宣传及整体化护理在糖尿病足预后上有着举足轻重的地位。

参 考 文 献

[1] 周佩如. 58 例糖尿病足护理体会[J] . 广州华侨医院校报, 2003, 5 (9): 334

(上接第 89 页)

2.5.3 呼吸衰竭: 应立即进行胸腔排气, 根据医嘱给予对症处理, 纠正呼吸衰竭。

2.5.4 皮下气肿: 由于排气不畅, 胸腔内压增高, 迫使空气进入胸壁皮下, 严重时可向颈部上腹部扩散而引位肿大, 此时病人及家属均很紧张、恐惧做好解释工作, 消除其恐惧心理。皮下气肿较轻者可在切口处加压包扎, 或作局部热敷, 待其自然吸收。严重的广泛性皮下气肿可试行皮下穿刺抽气, 但关键在于寻找原因, 如检查引流管是否通畅, 或更换粗引流管迅速减轻胸腔内压力^[5]。

3 讨论

由肺结核所致的自发性气胸有以下原因: ① 邻近胸膜的干酪坏死灶溶解崩溃, 冲破脏层胸膜, 肺内空气进入胸膜腔。② 紧靠胸膜的肺结核空洞直接破入胸膜腔。以上两种的胸膜破口多在肺的上 1/3, 肺的前面及侧面, 常有结核感染物进入胸膜

腔而并发胸腔积液或脓胸。③ 并发气肿性肺大疱者, 肺内压增高时, 可使大疱破裂, 发生自发性气胸, 但一般无胸腔积液。我们护理人员掌握了自发性气胸发生的病理生理后, 针对患者病情, 严密观察, 及时发现, 配合医生积极抢救, 从而提高治愈率和抢救成功率, 同时做好健康教育对病人早日康复和减少并发症至关重要。

参 考 文 献

[1] 林宏英. 双侧自发性气胸并发呼吸心跳骤停的护理. 中国疗养医学, 1998, 7(3): 77
[2] 寇庆芳. 肺结核并发自发性气胸的护理. 中国疗养医学, 1999, 8 (4): 67
[3] 张婉斌. 自发性气胸的护理. 广西医科大学学报, 1999, 16(6): 289
[4] 张艳丽, 王玉琴. 健康教育对肺结核病人影响. 生物磁学, 2005, 5 (2): 87—88
[5] 邓志海. 肺结核并发自发性气胸 112 例临床分析. 传染病信息, 2004, 17(4): 184—185