

肺心病的护理体会

王玉琴

(黑龙江省大庆市第二医院 163461)

中图分类号: R473.5 文献标识码: D

自 1999 年 1 月至 2005 年 9 月我院收治了 50 例肺心病患者,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:

本组 50 例,其中男性 41 例,女性 9 例。年龄 45~81 岁,60 岁以上者为 39 例,占 78.0%。患者均有不同程度、不同种类的呼吸道疾病;伴有冠心病 6 例,肺癌 15 例,糖尿病 20 例。

1.2 结果:

50 例经治疗好转 46 例(92.0%)。死亡 4 例(包括自动出院 2 例,占 8.0%)

2 病情观察

2.1 意识观察:

肺心病常可因肺部疾病造成慢性缺氧,严重的二氧化碳潴留进而影响到中枢神经系统。若病人出现表情淡漠,意识朦胧,头痛,白天嗜睡,晚间烦躁不安,反应迟钝,两手扑翼样震颤等,即为肺性脑病的前驱症状,应加强巡视观察,及时报告医师处理。

2.2 呼吸观察:

呼吸过快或过慢为早期呼吸衰竭的现象。深而长的呼吸可能有酸中毒,慢而浅的呼吸可能是碱中毒,快而浅表的呼吸表示肺部病变严重或有感染的可能,夜间端坐呼吸阵发性发作常为左心衰竭的表现,严重呼吸困难时常有点头样呼吸、双吸气、陈施氏呼吸。呼吸观察常为快速诊断提供信息。

2.3 咳嗽咳痰观察:

咳嗽频繁,痰粘稠不易咳出,常提示已进入缓解期;若咯粉红色泡沫痰,即提示急性肺水肿等。我们常可以根据痰的色、量、性来判断肺部疾病变化,同时根据不同情况采取各种措施,协助痰排出,保持呼吸道通畅。

2.4 生命体征和尿量观察:

肺心病常因心功能不全引起心源性休克,临床表现为低血压、尿量减少、循环衰竭、神经系统紊乱等,所以应密切观察血压和尿量的改变。循环衰竭主要观察甲床循环(即手指皱纹凹陷程度的判断)。测脉搏要注意其强弱、快慢,有无早搏等。定期作心电图检查,必要时心电图监护,发现问题,及时处理。

3 临床护理

3.1 急性加重期的护理:

此期主要矛盾是由于肺部感染所导致的呼吸功能不全。最突出的临床表现是不同程度的呼吸困难和紫绀,伴心功能不全致全身性水肿。此期病情的特点是病情重、变化快,易合并许多严重的并发症。因此,此期病人的护理是关键的一环。

立即改善呼吸功能:病人入院后立即改善病人的呼吸功能,合理吸氧。病人虽未获得血气检查结果,吸氧是当务之急,但给氧浓度不宜过高,以免发生呼吸抑制,应采取低流量吸氧,为防止病人鼻粘膜干燥,应加湿化瓶,使氧湿化。对此,我们均采用鼻导管低流量持续吸氧法,流量为 1~3 升/分(病人吸入的氧浓度为 24~28%)。开始病人缺氧明显时可使流量略大,但不超过 4 升/分。症状减轻后,可根据情况逐渐酌减,氧气可缓解气急,增进食欲及睡眠,又可降低肺动脉压及左心负荷。对此,病人常感舒服,但也造成病人心理上对氧的依赖。

所以,在病情好转时应逐渐减少吸氧时间,直到完全撤去。遇有少数不愿吸氧,擅自间断氧疗者,应找出拒氧原因。如鼻腔有无病变、氧浓度不当等应及时做好吸氧宣教工作,配合治疗。此外,氧疗时还应作血气监护。吸氧持续时间要以病人的耐受性及病情而定。湿化瓶均装入 50℃ 的温水,并加保温设施,可防止鼻粘膜干燥。

对心功能不全病人的护理:肺心病都并发不同程度的心衰,所以在纠正心衰时,要注意以下护理。①心功能不全的病人应绝对卧床休息,以减轻心脏负担,可取半卧位,以利呼吸功能的改善。②肺心病心衰的病人应用洋地黄类强心剂的疗效较差,且易中毒,所以在用药前后对病情的观察十分重要。我们在给病人注射洋地黄类药物的前后,采取“一慢、三注意”的观察方法,即注射药物前注意病人尿量多少,心率的快慢,心律是否规整,在注射药物时要缓慢(推注时间大于 5 分钟)。同时注意有无心率和心律的变化(即一人推药、一人听诊)。注射药物后,心律规整,心率逐渐减慢,则为获得有效的指征。但在一些特殊的病例中,应想到是否为中毒的表现。③控制液量和输液速度。病人进行药物治疗,多采取静脉补液给药的方式,但由于输入了液体量增加心脏的前负荷,使右心的负担加重,不利于纠正心衰,所以对此类病人应尽量减少输液量。我们采用“量出为入”的原则,准确纪录 24 小时的液体出入量是非常重要的,因为它既是补液的标准,又能观察心衰和肾功能情况。输液过程必须注意速度,因为速度过快加重心衰,过慢则增加病人痛苦,故速度要适宜。一般速度为 30 滴/分以下,具体速度应根据病人的心衰程度和有无不适来调节。

并发肺性脑病的护理:肺性脑病是呼吸功能衰竭所致缺氧和二氧化碳潴留而引起的精神障碍、神经系统症状的综合征,是肺心病死亡的首要原因。宜采取以下护理措施:①密切观察病情。如头痛、记忆力和判断力减退、神志恍惚、谵语、无意识的动作和抽搐等均为肺性脑病早期,应及时报告医生;②保持呼吸道通畅:应用祛痰剂、支气管解痉药和电子雾化吸入法;③需行气管插管、气管切开或辅助呼吸,此时应做好术前准备、术中配合及术后护理;④肺性脑病进入昏迷期需按昏迷常规护理,并备好急救药品和用品,以便及时抢救。

3.2 缓解期的护理:

此期病人由于呼吸衰竭和心衰均已得到纠正,病状明显减轻,只有不同程度的咳嗽、咳痰、轻度呼吸困难、紫绀、以及

乏力等症状。因此,护理的重点应在积极治疗原发病的同时严防急性呼吸道感染,因为如再发生呼吸道感染仍可造成呼吸功能和心功能的衰竭。此期我们体会应注意创造一个良好的室内环境,如室内应保持空气新鲜,湿度、温度适宜。搞好室内卫生、禁止吸烟和喧哗,给病人一种安静、舒适、爽快的感觉,并经常宣传预防感染的注意事项,做一些适当的户外活动,积极配合医生的治疗,使他们早日恢复健康。

3.3 饮食护理:

肺心病病人常因肺动脉高压引起右心功能不健全,静脉郁血而导致水肿、消化功能降低,因此饮食配制尤为重要。①低盐饮食:控制钠盐摄入,防止钠水潴留,减轻水肿。②摄入量:在严格控制钠盐摄入的情况下,如肾功能又未受损害,可不必控制水的摄入。若水肿明显应使用强心剂。利尿剂效果欠佳时,应严格控制水的摄入,防止水中毒。③高质饮食:应给予高蛋白、高热量、多维生素、易消化饮食,肺心病常因胃粘膜缺氧而造成厌食,所以必须给以清洁、易消化,色香味俱佳的膳食,增进食欲。

3.4 对病人皮肤的护理:

由于病人缺氧,二氧化碳潴留,周围循环障碍以及不同程度水肿,使病人易患褥疮,特别是合并肺性脑病的病人更易发生,所以预防褥疮的发生是很重要的。通过临床实践体会到,保持床铺和衣服平整无褶、干燥和床上无碎屑外,帮助病人定时改变体位和有效的皮肤按摩是预防褥疮最有效的方法。

3.5 口腔护理:

肺心病常合并肺部感染,临床应用大量抗生素抗感染时病人常可出现口腔菌群失调,导致霉菌感染。做好口腔护理不仅是清洁口腔,更主要的是观察口腔粘膜变化,若有白色针样小斑出现即为霉菌感染,可用1%~4%碳酸氢钠溶液漱口,

再用制霉菌素片与甘油混合后涂患处,同时报告医生,停用抗生素。

3.6 心理护理:

肺心病患者年老体质衰弱,反复发作,常因病程迁延而感到痛苦,情绪低落。有的则因得不到家庭温暖,感到孤独;有的则对疾病缺乏足够的认识,悲观失望,常常出现消极自卑心理,对疾病的治疗失去信心。对这种病人,我们就要耐心疏导,讲解有关防治知识,介绍治愈或好转的病例,做好病人的心理治疗,消除或减轻不必要的思想负担,促进疾病转归。为他们排忧解难,使病员信赖我们,让他们感到周围充满温暖,静心休养,树立和增强战胜疾病的信心。

3.7 出院指导:

出院时应做好卫生宣教,告知患者调整心态、稳定情绪的重要性,加强饮食管理,使其掌握防病治病的常识,鼓励坚持戒烟,防止受凉感冒,加强锻炼,坚持服药,定期门诊复查,以防复发。

总之,肺心病应早预防、早诊断,采取综合治疗措施,提高护理质量以减少死亡率,提高生存质量。

参考文献

- [1] 遯淑娟.慢性肺心病急性发作伴多脏器衰竭的临床护理效应[J].生物磁学,2005,5(4):40-42
- [2] 孙红.慢性肺心病的护理体会[J].右江医学,2002,(6):559
- [3] 王建章.46例慢性肺心病护理体会[J].承德医学院学报,1995,(2):70-71
- [4] 杨敏孙晶.慢性肺心病的护理体会[J].包医学,2004,(1):44
- [5] 夏虹等.肺心病的护理体会[J].黑龙江医学,2000,(10):46-47
- [6] 路晓莉.老年肺心病的护理体会[J].中原医刊,2000,(1):33

(上接第78页)

改变缺氧状态,给予高流量、高浓度吸氧。咯血期间,患者肺循环相应发生障碍,出现面色苍白、呼吸急促、脉细速、血压下降的等症,为改善组织缺氧,在抢救过程中,患者的氧流量应较大,宜3~4升/分钟,同时使用支气管扩张剂及呼吸兴奋剂,以维持正常的气体交换。戒烟、戒酒以减少对肺部的刺激^[5]。

4.4 咯血后的护理:

嘱病人注意休息,继续卧床1周以上,减少会客,避免大声讲话和情绪激动,禁食刺激性饮食,及时更换污染的被服,倾倒容器中的血液。调节室内的温度和湿度,保持良好的通风环境。消除咯血后的不良刺激,对于剧咳病人应给予镇咳药物,对便秘病人给予口服轻泻剂。为防止再度发生咯血,应戒烟、戒酒以减少对肺部的刺激。

5 饮食护理。

大咯血并窒息者应禁食水,止血后可给温流质或凉的流质饮食,待病情好转后改半流质。继续卧床休息的,要保持大便通畅,鼓励患者多饮水,必要时给予缓泻剂或灌肠,以免排使用力而引起大咯血。同时要避免刺激性食物和兴奋性饮料,如辣椒、浓茶、烈酒等,这些食物和饮料都容易再次引发患者大咯血。

6 加强教育,提高患者的自我保护意识。

大咯血患者秋冬季发病率较高。寒冷是诱发上呼吸道感染的原因之一,秋季气候干燥,局部抵抗力下降,易加重咯嗽、咯痰症状。因此,对肺结核患者要做好呼吸道防护措施的宣传,及时添加衣服,防止着凉,避免和减少上呼吸道感染。同时,要嘱咐患者必须禁忌烟酒,严格作息时间,保证充分的休息与睡眠。病室要定期消毒,每日开窗通风至少2次,每次30分钟,保持病室内空气新鲜。吐出的痰应及时焚烧处理,避免发生交叉感染^[6]。

总之,肺结核大咯血的救治必须做到早发现、早准备、早处理,抢救工作必须争分夺秒。在临床工作中,只要注意肺结核大咯血先兆症状的观察,善于及时发现病情变化,认真做好心理护理和抢救前的各项准备工作,就可以为抢救大咯血患者奠定良好的基础,提高肺结核大咯血患者的抢救成功率,最大限度地抢救病人的生命。

参考文献

- [1] 林平.支气管动脉栓塞治疗肺结核大咯血的护理[J].临床肺科杂志,2004,6(3):300
- [2] 付小兰.垂体后叶素治疗肺结核大咯血的护理体会[J].井冈山医学专学报,1999,3(1):60
- [3] 张艳丽,王玉琴.健康教育对肺结核病人的影响[J].生物磁学,2005,5(2):87-88
- [4] 阮敏儿.肺结核大咯血的护理[J].浙江预防医学,1996,10:(5)
- [5] 谢惠安.现代结核病学.北京:人民卫生出版社,2000,11
- [6] 蒙丹彬.肺结核咯血的护理[J].右江民族医学院学报1997,(2):525