

# 1 例慢性阻塞性肺疾病急性发作致II型呼衰患者的护理

马倩昀, 戴清雨, 顾洁, 邓姚玥, 何利娟\*

空军杭州特勤疗养中心疗养五区 江苏无锡

**【摘要】** 本文是1例慢性阻塞性肺疾病急性发作导致II型呼吸衰竭等多种疾病患者的个性化护理, 在对患者行呼吸机辅助通气改善通气, 落实气道护理, 加强营养支持及血透管理等措施后, 患者情况明显好转, 在ICU治疗28天后转科继续治疗。

**【关键词】** 慢性阻塞性肺疾病; II型呼衰; 急性肾功能不全; 护理

**【收稿日期】** 2024年9月8日

**【出刊日期】** 2024年10月28日

**【DOI】** 10.12208/j.ijnr.20240314

## Nursing care of a patient with acute onset of chronic obstructive pulmonary disease

Qianyun Ma, Qingyu Dai, Jie Gu, Yaoyue Deng, Lijuan He\*

Air Force Hangzhou Special Service recuperation Center recuperation Area 5, Wuxi, Jiangsu

**【Abstract】** This paper is a case of chronic obstructive pulmonary disease acute attack of respiratory failure and other disease patients with personalized care, in patients with ventilator assisted ventilation to improve ventilation, the implementation of airway care, strengthen nutritional support and hemodialysis management measures, the patient improved significantly, in ICU after 28 days to continue treatment.

**【Keywords】** chronic obstructive pulmonary disease; type of aging; acute renal insufficiency; nursing

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续性气流受限和相应呼吸系统症状为主要临床特征、气道和/或肺泡异常为主要病理学改变的慢性呼吸系统疾病<sup>[1]</sup>。有研究报道,慢阻肺患者平均每年发生急性加重事件约有0.5~3.5次且疾病预后效果不佳,其中约有35%的人可能在出院后3个月内重新入院(其中80%与AECOPD复发相关)<sup>[2]</sup>。此外,慢阻肺在急性加重期会同时伴有合并呼吸衰竭症状,尤其在老年人群中常见,严重时甚至会为患者带来生命威胁<sup>[3]</sup>。对老年慢性阻塞性肺病患者实施有效的治疗和护理干预能够有效改善患者肺部功能,并能在一定程度上提高患者的生活质量,促进早日康复<sup>[4]</sup>。

### 1 病例简介

患者沈某,男性,82岁,因反复咳嗽喘10余年,加重1周后入住老年科。患者既往有高血压、心房颤动、二尖瓣狭窄病史。入院后予抗感染、解痉平喘、调脂稳斑等综合治疗。12月2号中午出现胸闷气喘,SpO<sub>2</sub>: 68%,神志嗜睡,呼吸促,口唇紫绀。立即完善血气分析提示PaCO<sub>2</sub>: 99.5mmHg, PaO<sub>2</sub>: 85.9mmHg,乳酸:

0.9mmol/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 35.0mmol/L,总二氧化碳: 39.90mmol/L, H<sup>-</sup>: 57.2, 剩余碱: 11.2mmol/L,予“甲强龙”静推、“尼可刹米”兴奋呼吸等处理后效果欠佳,立即转入ICU。入科时呼吸急促,口唇紫绀,神志嗜睡,瞳孔对光反射迟钝,SpO<sub>2</sub>: 94%。立即经口气管插管并接呼吸机辅助通气,开放静脉通路。予镇静镇痛、抗感染、解痉平喘、抑酸化痰等积极救治后生命体征逐步趋于平稳。入科后第2天开放肠内营养。入科第4天出现全身渗漏伴急性肾功能不全,紧急行CRRT,治疗17天后停CRRT。治疗23天后脱机拔管成功。在ICU治疗29天后情况好转,转出后继续治疗。

### 2 护理

#### 2.1 气道护理

慢性阻塞性肺疾病可引起II型呼衰导致患者处于缺氧状态,接呼吸机辅助通气可以改善患者通气情况,减少并发症的发生<sup>[5]</sup>。患者转入我科前SpO<sub>2</sub>: 68%,血气分析示PaCO<sub>2</sub>: 99.5mmHg, PaO<sub>2</sub>: 85.9mmHg,口唇紫绀,符合气管插管、机械通气指征。予气管插管并接呼吸机辅助通气,右美托咪定镇静,纳布啡镇痛。使用

\*通讯作者: 何利娟

呼吸机期间严密观察患者的生命体征, 使用镇痛镇静药物期间每 2 小时评分, 人机协调无抵抗。为避免对呼吸道造成伤害<sup>[6]</sup>, 使用无菌注射用水进行气道湿化<sup>[7]</sup>, 当患者出现呛咳或者脉氧下降时为患者吸痰, 必要时协助管床医生行“纤维支气管镜下肺泡灌洗术”<sup>[8]</sup>。为避免机械通气对患者造成二次伤害, 除了实施有效的气道护理外, 也要注意加强患者口腔清洁<sup>[9]</sup>, 每天 3 次使用氯己定漱口水进行口腔护理。患者插管期间逐步下调呼吸机参数, 经有效治疗和护理干预 15 天后, 患者脱机拔管成功后使用双鼻塞吸氧。

## 2.2 血透管理

患者入科第 4 天出现尿量减少, 四肢水肿明显, 予床边 CRRT 治疗进行液体管理, 模式为 CVVH, 肝素 2.5mg/h 维持抗凝。连续性肾脏替代治疗特别适用于病情不稳定的危重肾病患者, 可精准控制容量、持续纠正代谢失衡, 有利于肾脏功能恢复<sup>[10]</sup>。CRRT 治疗期间严密观察患者生命体征, 患者首日接受危急值: 活化部分凝血酶原时间: 84.7s, 汇报医生, 嘱继续观察患者有无出血倾向, 及时正确处理血透机报警。患者血透结束严格执行无菌操作进行封管, 主副管接口消毒后先分别用 20ml 的生理盐水冲洗尽管内残余血液, 再注射 2ml 浓肝素 (1250IU/ml 的肝素液) 封管<sup>[11]</sup>, 导管外面包裹纱布并妥善固定。患者行 CRRT 治疗后尿量明显增多, 可达 800~1500ml。

## 2.3 皮肤管理

重症患者由于长期卧床, 对外界疼痛刺激敏感性较差, 且难以更换体位, 局部承受压力时间长, 增加了失禁性皮炎及压力性损伤的风险<sup>[12-13]</sup>。合理正确使用 Branden 评分表, 每日两次为患者行会阴护理, 保持皮肤清洁干燥。患者尾骶部、骨隆突出处垫泡沫敷料。每 2h 翻身 1 次, 同时保持床单元清洁干燥。患者住院卧床期间未发生失禁性皮炎及压力性损伤。

## 2.4 营养支持

慢性阻塞性肺疾病病程长, 患者易出现营养不良, 尤其是急性期机械通气患者, 相关研究表明入住重症监护室且同时需要机械通气的慢阻肺患者在治疗期间给予适当合理的营养支持, 能够改善患者的营养状况<sup>[14]</sup>。患者转入后一天生命体征平稳, 置入胃管确认在位后开放肠内营养, 维持肠道菌群温度和免疫活性<sup>[15]</sup>。患者首日饮食为鼻饲流质, 选择百普力肠内营养混悬液, 鼻饲期间每 4 小时用 20ml 温水冲洗鼻饲管以防堵管。同时加用复合乳酸菌肠溶胶囊 (聚克) 抑制肠内腐败细菌的繁殖, 调整肠道菌群, 减少胀气, 促进消化。

患者现每日肠内营养总入量为 1000ml, 未出现恶心、腹泻、腹胀等不适。

## 2.5 插管护理

在插管期间, 护理人员要注意观察患者胸部轮廓起伏情况, 确保呼吸状况稳定; 妥善固定气管及其他留置导管, 避免发生因患者活动导致气管移动, 导致气体漏出, 或者是出现弯曲、折叠等情况<sup>[16]</sup>。此外, 护理人员需要对患者的气道进行湿化, 目的是促进痰液排出, 以免引起窒息、缺氧、肺不张等恶性并发症。患者住院期间未发生脱管情况, 无上述并发症发生。

## 2.6 心理疏导

受疾病、住院环境、治疗方法等众多因素的影响, 患者产生焦虑、紧张等负性情绪, 心理状态较差, 此时可以使用 SAS (Self-Rating Anxiety Scale, 焦虑自评量表) 对患者的焦虑情况进行评估, 根据得分情况对患者进行个性化的心理疏导。主动与患者沟通交流, 向其解释慢性阻塞性肺疾病急性发作致 II 型呼衰的原因, 讲解疾病知识, 包括病因病机、症状表现、治疗方法等, 耐心回答患者或家属提出的问题, 尽量满足患者的合理要求。鼓励患者主诉, 引导其说出自己的担忧和恐惧, 及时安慰患者, 与患者分享治疗成功案例增强其自信心, 使其保持积极的心态面对疾病治疗。经过个性化的心理护理, 患者焦虑情绪得到缓解。

## 2.7 肺部康复训练

根据患者的恢复情况制定个性化的康复训练方案, 包括有氧运动、上肢抗阻锻炼和膈肌呼吸康复训练。①有氧运动: 开始时慢速步行, 速度逐渐增加到患者可以接受的最大限度, 然后开始进行 20min 的步行测试, 速度设定为最大耐受速度的 50%, 并且要根据患者的心率和呼吸情况随时调整。锻炼从 5min/次开始, 隔日增加一次时长, 逐渐增加到 20-30min/次, 可指导患者使用手机节拍器软件帮助控制步行节奏<sup>[17]</sup>。②上肢抗阻锻炼: 选择重量合适的哑铃, 起始重量以连续举重 10 次为准, 对肱二头肌、肱三头肌、胸小肌、背阔肌、胸大肌、菱形肌和三角肌进行锻炼, 每周 3 次, 每次 10-15min, 后续根据患者的适应情况逐渐增加重量。③膈肌呼吸康复训练: 保持环境安静, 指导患者半坐位, 通过鼻子深吸气凸起腹部, 然后通过口呼气收缩腹部。腹式呼吸训练 15 次/日, 目的是增强膈肌功能, 改善通气效率。

## 2.8 用药指导

患者治疗期间服用的药物, 需要告知其每种药物的使用方法、药物功效等基本知识, 叮嘱患者用药注意

事项,告知每种药物可能出现的不良反应,提高患者的重视程度,使其能够严格按照医嘱用药,以免出现错误、漏服,或者是擅自更改药物剂量的行为。此外,护理人员应注意观察患者药物治疗期间是否出现恶心、呕吐、腹胀、头晕等情况,一旦出现要立即停药,并通知主治医师积极处理。

### 3 小结

慢性阻塞性肺疾病是一种慢性气道阻塞性疾病,患者多处于肺泡低通气状态,不仅可以出现高碳酸血症、低氧血症等酸中毒症状,还会诱发 II 型呼吸衰竭,给患者的生命健康安全造成严重威胁。流行病学研究显示,慢阻肺发生在 65 岁以上的患者占比最大。老年患者身体机能明显下降,各项器官功能衰退,自身防御能力减弱,随着病情的进展,容易引发诸多的并发症,以 II 型呼吸衰竭为例,发生原因主要是肺通气不足而导致的二氧化碳潴留。经临床治疗发现,对于慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭患者而言,除了要给予个性化的治疗与辅助通气外,还需要加强护理干预,根据患者的实际情况为其制定个性化的护理干预措施,全面保证治疗效果。

本例为一名老年慢阻肺急性发作患者,患者住院期间全体医护人员予以正确对症治疗及精细化护理后,患者最终好转出科。但是由于 ICU 特殊的治理环境,会给患者带来巨大的身体痛苦和精神创伤<sup>[8]</sup>。因此,护士应及时关注患者主诉,尽量消除痛苦因素,缓解患者焦虑情绪。患者出科后也要向患者及家属做好健康宣教。此外,为加快患者肺部康复,提高肺部功能,根据其恢复情况制定针对性的康复训练方案,指导患者进行有氧运动、上肢抗阻锻炼和膈肌呼吸康复训练,对于提高身体活动、改善运动耐力具有重要意义。

总之,对于慢性阻塞性肺疾病急性发作致 II 型呼吸衰竭患者来讲,在治疗的基础上加强护理干预,给予患者气道护理、血透管理、皮肤管理、营养支持、插管护理、心理疏导以及肺病康复训练等干预,有助于改善不良症状表现,预防压力性损伤,缓解患者的负性情绪,使其能够积极配合治疗,从而提升治疗效果。

### 参考文献

[1] 《慢性阻塞性肺疾病免疫调节治疗专家共识》撰写组,陈亚红,冯淬灵,王婧,王炜,谢俊刚,尹燕.慢性阻塞性肺疾病免疫调节治疗专家共识[J].中国全科医学,2022,25(24):2947-2959.

[2] 孔德昭,王科雯,罗文晔,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期诊疗指南评价与综合分析[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(8):1307-1317.

[3] 沈华英.《慢性阻塞性肺疾病居家管理必读手册》出版:探讨综合护理干预在慢阻肺急性加重期合并呼吸衰竭患者护理中的作用[J].介入放射学杂志,2021,30(04):433.

[4] 郝小林,邹彦.老年慢性阻塞性肺疾病护理中优质护理的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(23):103-105. DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2021.23.046.

[5] 龚颖超,罗俊科.机械通气对慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭血气指标及预后的影响[J].当代医学,2020,26(32):178-179.

[6] 李秀萍.集束化吸痰护理管理对气管切开患者吸痰耐受性及呼吸道并发症发生率的影响 [J].当代护士:中旬刊,2022,29(6):76-79.

[7] 陈清.ICU 护理风险管理对重症肺炎呼吸机辅助治疗患者预后及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(11):1448-1452.

[8] 苏舟.ICU 慢阻肺合并 II 型呼吸衰竭疾病采用无创正压通气联合纤维支气管镜检查进行治疗的价值[J].健康必读,2021(6):78.

[9] 姚慧,李建红,彭丽清.口腔细致化护理在 ICU 患者预防 VAP 中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(12):2246-2248.

[10] 中关村肾病血液净化创新联盟专家组,左力.连续性肾脏替代治疗置换液临床应用分类专家共识[J].中国血液净化,2023,22(10):721-725.

[11] 钱雪梅.不同浓度肝素在重症患者血液透析导管封管中的应用效果分析[J].饮食保健,2021(23):225-226.

[12] 应晨,柏如静.结构化皮肤护理管理模式对重症监护室长期卧床患者失禁性皮炎的预防效果[J].河北医药,2022,44(4):638-640.

[13] 陈霞.预见性护理对预防高龄老年长期卧床患者发生压力性损伤的有效性研究[J].系统医学,2020,5(21):169-171.

[14] 曾柳.浅谈慢阻者的营养支持治疗策略[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2022(5):0234-0236.

[15] 王岗,王晓玲,朱琦,等.慢阻肺患者营养风险临床调查分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(86):249-250.

[16] 刘侠,尹培,张丽,等.慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭

患者的综合护理干预[J].实用临床医药杂志,2018,22(20):8-11.

[17] 张洁,陶裕华.肺康复训练联合综合护理干预在慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].中外医学研究,2024,22(5):69-73.

[18] ROUSSEAUAF, PRESCOTTHC, BRETT SJ, et al. Long-

term outcomes after critical illness: recent insights [J]. Crit Care, 2021, 25(1): 108.

**版权声明:** ©2024 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**