

10例急性呼吸衰竭患者救治的护理体会

杨茂琼

(川北医学院附属医院 637000)

前言:呼吸衰竭(respiratory failure)简称呼衰,是指各种原因引起的肺通气和(或)换气功能严重障碍,以致在静息状态下亦不能维持足够的气体交换,导致低氧血症伴(或不伴)高碳酸血症,进而引起一系列病理生理改变和相应临床表现的综合征。由于临床表现缺乏特异性,明确诊断需依据动脉血气分析,若在海平面、静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压(PaO₂) < 60mmHg, 伴或不伴二氧化碳分压(PaCO₂) > 50mmHg, 并除外心内解剖分流和原发于心排血量降低等因素所致的低氧,即可诊断为呼吸衰竭[1]。在重症医学科危重患者中,大多数患者伴有急性呼吸衰竭,常用机械通气帮助患者渡过难关。机械通气(mechanical ventilation)是在病人自然通气和(或)氧合功能出现障碍时,运用器械(主要是呼吸机)使病人恢复有效通气并改善氧合的方法。

在重症呼吸衰竭患者的抢救和复苏中,非常重要的环节和基础是保持气道通。为满足患者治疗需要,危重患者早期应建立人工气道,但人工气道建立后,小气道会塌陷,咳嗽反射受到抑制,容易出现肺泡表面活性物质减少、肺不张和其他并发症[2]。因此,人工气道的建立和护理是重症呼吸衰竭患者救治的重要组成部分。研究显示,人工气道机械通气主要用于纠正患者的缺氧状态,维持患者的呼吸功能。通过将导管插入患者口鼻或气管建立人工气道,使用呼吸机进行通气,不仅可以改善呼吸道阻塞等状况,还能有效防止二氧化碳潴留,为危重患者的抢救争取时间[3]。Foreword:Respiratory failure refers to the severe impairment of pulmonary ventilation and/or ventilatory function caused by various causes, resulting in the inability to maintain adequate gas exchange at rest, it leads to hypoxemia with (or without) hypercapnia, which leads to a series of pathophysiological changes and related clinical manifestations of the syndrome. Because of the lack of specificity of clinical manifestations, the definite diagnosis should be based on arterial blood gas analysis. If the partial pressure of oxygen (PAO₂) in arterial blood is less than 60mmHg, with or without PaCO₂ > 50mmHg at sea level, at rest and in breathing air, the diagnosis should be based on arterial blood gas analysis, the diagnosis of respiratory failure can be made by excluding the hypoxia caused by intracardiac anatomic shunt and primary decrease in cardiac output [1]. In the critical patients in the Department of critical medicine, most patients with acute respiratory failure, commonly used mechanical ventilation to help patients through the difficult time. Mechanical ventilation (MV) is a method to restore effective ventilation and improve oxygenation by using mechanical devices (mainly respirators) when the patients' natural ventilation and/or oxygenation function are impaired. In the rescue and resuscitation of patients with severe respiratory failure, it is very important to maintain airway ventilation. In order to meet the needs of patients, artificial airway should be established in the early stage of critical patients, but after the establishment of artificial airway, the small airway will collapse and the cough reflex will be inhibited, pulmonary surfactant depletion, atelectasis, and other complications are likely to occur [2]. Therefore, the establishment and nursing of artificial airway is an important part of the treatment of patients with severe respiratory failure. Studies have shown that artificial airway mechanical ventilation is mainly used to correct patients' anoxia and maintain the patient's respiratory function. By inserting a catheter into the patient's mouth, nose, or trachea to create an artificial airway and using a ventilator to ventilate, not only can symptoms such as airway obstruction be improved, but carbon dioxide retention can also be effectively prevented, to gain time for the rescue of critical patients [3].

重症医学学科的护理尤为重要,现将10例急性呼吸衰竭的护理体会介绍如下。

一、临床资料

现回顾性分析本院重症医学科2021年6月至2020年8月急性呼吸衰竭患者10例,男性6例,女性4例;最大年龄89岁,最小年龄45岁,平均年龄61岁。经过积极治疗好转转科8例,放弃治疗1例,死亡1例。

二、护理方法

(一)病情观察

- 1.持续心电监护,严密观察患者的神志、瞳孔、呼吸、心率、血压、血氧饱和度、皮肤颜色及肢端末梢循环等情况。
- 2.关注实验室检查的结果:监测动脉血气分析和生化检查结果,了解电解质和酸碱平衡情况。有危急值时及时汇报,做出处理,并做好记录。
- 3.痰的观察与记录:注意观察痰的颜色、性质、量、气味及痰液的实验室检查结果,并及时做好记录。按医嘱及实验室检查要求正确留取痰液检查标本。
- 4.观察尿量及大便的颜色、量和性状,准确记录24小时出入量。

(二)配合抢救

- 1.急性呼吸衰竭患者病情变化快,随时会有气管插管的可能。遵医嘱给予呼吸机支持呼吸,促进有效通气,改善通气功能,根据患者的血气分析报告动态调节呼吸机参数。备齐有关抢救药品、仪器及设备,备齐气管导管、牙垫、吸痰盘、肌松药、镇静药等。麻醉机及呼吸机处于功能位。
- 2.发现病情变化时需立即报告值班医生及主管医生,及时配合抢救,医护一体化合作,第一时间赢得抢救时机,提高抢救成功率。
- 3.同时做好病人家属的心理支持。

(三)人工气道的管理

- 1.体位、呼吸与活动:帮助病人取舒适且有利于改善呼吸状态的体位,一般呼吸衰竭的病人取半卧位或坐位,为减少体力消耗,降低氧耗量,病人需卧床休息,并尽量减少自理活动和不必要的操作。

2.人工气道的固定:气管导管可用弹力绷带、棉绳或专用固定器等固定,每班交接并记录导管置入深度及固定情况,及时发现有无导管移位。必要时约束患者的双手,避免患者烦躁时自行拔出气管导管。

3.保持气道通畅:按需吸痰,吸痰前给纯氧2-3分钟;安置封闭式吸痰管,减少院感的发生,痰管的粗细不超过气管导管内径的1/2;观察痰液的颜色、量、性状;吸痰过程中做好手卫生及无菌操作,动作要轻柔,避免插入过深引起气道出血。

4.选用带气囊上吸引功能的多功能气管导管:口腔护理后、鼻饲药物或食物前常规吸净气囊上方的分泌物。

5.导管气囊的护理:给安全气囊充气时应控制气囊压力,气囊压力维持在25-30cmH₂O,为防止气管长时间的挤压,安全气囊应定期放气。不主张气囊常规放气,每日用气囊压力监测表监测4-6次,每次的适宜时间为10min。在通气前应该清理呼吸道分泌物。不使用呼吸机时,为方便患者呼吸,安全气囊不能充气。进食时需给安全气囊充气,以免气管阻塞[4]。

6.气道的温化和湿化:湿化器内加入灭菌蒸馏水或者灭菌注射用水。理想的气道温化及湿化是使呼吸机环路内吸入气体达到37℃,相对湿度达到100%,以维持纤毛正常运动、气道黏膜完整及气道分泌物易排出。

7.口腔护理:加强基础护理,每日2-4次口腔护理,根据口腔黏膜情况选择口腔护理溶液,目前常用的是氯己定含漱液和聚维酮碘含漱液,方法可选用棉球擦洗和注射器冲洗。口腔护理时一定要观察口腔黏膜有无溃疡和牙齿是否有松动、脱落。

(四)镇静的管理:

遵医嘱合理使用镇静药物。一般RASS镇静目标为-1~-3分,每日评估镇静效果。医护一体化管理确定镇静目标,避免镇静过浅或长时间镇静过深,镇静过浅时患者人机对抗容易烦躁,镇静过深时呛咳反射消失,痰液不易吸出。

(五)抗感染治疗:使用抗生素前遵医嘱留取痰培养,根据培养结果选择敏感的抗生素,抗生素需现配现用,密切观察用药后的疗效与不良反应。

(六) 营养支持: 呼吸衰竭患者机体处于高代谢状态, 应补充足够的营养。气管插管后安置胃管行胃肠减压, 由于在禁食 24~48h 后即可出现肠道菌群失调, 且全静脉营养可引起感染等并发症, 因此宜早期开始胃肠营养。严密监测呼吸、循环、水、电解质、酸碱平衡等, 以便及时调整治疗方案。气管插管的患者少量多次鼻饲流质饮食, 鼻饲前抽取胃液进行评估观察, 必要时动态调整鼻饲方案。

(七) 健康教育与健康促进

将建设健康中国战略布局从“以疾病治疗为中心”到“以健康为中心”的转变, 授人以鱼不如授人以渔, 利用健康教育和健康促进来提高大众的健康素质和延长健康寿命。

1. 疾病知识的指导: 向患者及家属讲解疾病的发生、发展和转归。语言要通俗易懂, 少用专业术语。可图文并茂进行讲解, 使病人配合治疗与护理。

2. 呼吸锻炼的指导: 教会患者有效咳嗽及咳痰, 促进早日康复。

3. 活动与休息: 根据患者的具体情况指导病人制定合理的活动与休息计划, 避免氧耗量比较大的活动, 并在活动过程中适当增加休息。

4. 增强体质、避免诱因: 指导患者加强营养, 合理安排膳食, 以达到改善体质的目的。劝告吸烟病人戒烟。避免情绪激动、劳累等不良因素的刺激。减少感染的机会, 尽量少去人群拥挤的地方。

三、结果

治疗结局: 好转转科 8 例, 自动出院 1 例, 死亡 1 例; ICU 住院天数: 最长 21 天, 最短 6 天。

四、讨论

急性呼吸衰竭患者的病情变化快, 需要医务人员快速做出反应, 要医护技一体化管理, 多学科合作, 加强重症监护管理, 早期进行护理干预, 实施精细化管理, 以减少并发症的发生, 降低病死率, 提高患者的生存质量。

镇痛镇静在危重症患者中应用镇痛镇静的目的是可以避免患

者出现焦虑、躁动、谵妄的发生, 减轻应激反应, 提高治疗合作的协调性。减轻医疗护理操作对患者造成的伤害性刺激尤为重要。舒芬太尼联合咪达唑仑 镇痛镇静效果颇佳, 安全性好, 值得应用。

采取细致周到的人工气道护理以及严格有效的呼吸管理, 是成功抢救呼吸困难和呼吸道梗阻的重要环节, 也是减少肺部感染并发症的重要措施[5]。这就要求医院护士必须有高度的责任感、熟练的操作能力和敏锐的观察判断能力。在护理中需要尽可能减轻患者痛苦, 优化医疗护理数据, 满足患者需求[6]。

总之, 对于急性呼吸衰竭患者, 及时转住重症医学科, 启动快速反应团队, 加强监护与治疗, 提供个体化、精细化护理, 是救治成功的关键。创新健康教育模式的应用使医护人员可以及时的了解患者在治疗过程中产生的问题并可以快速有效的解决这种问题, 既可以提升医护人员的业务能力, 还可以很好的提高患者在治疗期间的满意度。

参考文献:

[1] 郭秀焕, 王秋红, 王晶. 慢性呼吸衰竭患者的护理[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(11):376-377.

[2] 张瑞. 复方氯己定含漱液联合体位干预、微量泵持续湿化在急性加重期慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭患者机械通气中的应用[J]. 河南医学研究, 2020, 29(13):2493-2494.

[3] 谈馨媛, 黄敏玲, 吴镇湖, 等. 多学科协作快速反应团队在气道紧急事件中的救治初探[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15(1):121-122.

[4] 杨诗秀. 气道管理小组在重症呼吸衰竭患者护理中的应用效果研究[J]. 中国医药指南, 2021, 19(17):236-237.

[5] 谢秀妮. 经鼻高流量湿化氧疗治疗急性低氧性 I 型呼吸衰竭中的气道护理管理措施分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(91):103, 109.

[6] 熊丽丽. 双水平气道正压无创机械通气治疗 II 型呼吸衰竭的效果与护理[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(4):52-55.