一例食管癌根治术后并发 ARDS 患者的护理体会

李伟麟

(中山大学附属第一医院　重症一区　广东广州　510000)

急性肺损伤（ALI）/急性呼吸窘迫综合征（ARDS）是一种常见危重症，病死率极高，严重威胁重症患者的生命并影响其生存质量。尽管我国重症医学已有了长足的发展，但对其认识和治疗状况尚不容客观。中华医学会重症医学分会以循证医学证据为基础，采用国际通用的方法，经过广泛征求意见，反复认真讨论，达成了关于成人 ALI/ARDS 诊断和治疗方面的共识，以期对成人 ALI/ARDS 诊断和治疗进行规范[1]。

1　相关定义

ALI/ARDS 是指在严重感染、休克、创伤及烧伤等非心源性疾病过程中，肺毛细血管内皮细胞和肺泡上皮细胞损伤造成弥漫性肺间质及肺泡水肿，导致的急性低氧性呼吸功能不全或衰竭。以肺容积减少、肺顺应性降低、严重的通气／血流比例失调为病理生理特征，临床表现为进行性低氧血症和呼吸窘迫，肺部影像学表现为非均一性的渗出性病变[1]。

一般认为，ALI/ARDS具有以下临床特征：急性起病，在直接或间接肺损伤后12~48h 内发病；常规吸氧后低氧血症难以纠正；肺部体征无特异性，急性期双肺可闻及湿啰音，或呼吸音减低；早期病变以间质性为主，表现为双肺野普遍密度增高，透亮度减低，肺纹理增多、增粗，可见散在斑片状密度增高阴影，即弥漫性肺浸润影；无明显心功能不全的证据。

目前ALI/ARDS诊断仍广泛沿用1994年欧美联席会议提出的诊断标准：急性起病；氧合指数（PaO_2/FiO_2）≤200mmHg（1mmHg = 0.133kPa，不管呼吸末正压（PEEP）水平）；正位X线胸片显示双肺均有斑片状阴影；肺动脉嵌顿压≤18mmHg，或无左心房压力增高的临床证据。如氧合指数（PaO_2/FiO_2）≤300mmHg且满足上述其他标准，可诊断ALI[2]。

以下病例，是我院重症一区在 2018 年 01 月 03 日收治的一例食管癌合并急性呼吸窘迫综合征患者的治疗经过。

2　病例介绍

2.1　一般资料

患者男性，40 岁，主因“吞咽困难 1 月余”。

相关辅助检查：　胃镜可见：慢性胃溃疡，食管下段癌。病理活检：中低分化腺癌。

2.2　手术治疗

患者在 2018 年 01 月 03 日在全麻下行胸腹联合切口食管癌根治术+幽门成形术，留置左侧胸腔闭式引流管一根，左肝下引流管 1 根，术中出现室性心律失常，予利多卡因后心律恢复正常。术后血氧较差。

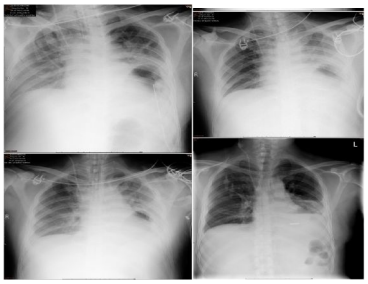
2.3　入科原因

考虑到患者由于手术原因下，胸腔压力较大，心脏负担大，双肺受压下，氧合较差，所以在征求家属同意下，术后转重症监护室进一步治疗。

2.4　病情转归

患者术后带气管插管转重症监护室继续治疗，经过一系列反复呼吸机治疗措施、抗感染治疗、ARDS 对症处理及相关处理后，患者在 01 月 15 日顺利拔除气管插管，改用高流量温化系统吸氧，患者肺部情况以及氧合情况相对好转后（见下图表），患者病情逐渐平稳，呼吸及循环较稳定后，予 01 月 19 日，转胃肠外科普通病房继续治疗。

图 1 患者 1 月 4 日、1 月 7 日、1 月 18 日以及 1 月 22 日胸片情况：



3　护理

3.1　氧合指数的监测

1994 年欧美联席会议提出的诊断标准：急性起病；氧合指数（PaO_2/FiO_2）≤200mmHg（1mmHg = 0.133kPa，不管呼吸末正压（PEEP）水平）；正位 X 线胸片显示双肺均有斑片状阴影；肺动脉嵌顿压≤18mmHg，或无左心房压力增高的临床证据。如氧合指数（PaO_2/FiO_2）≤300mmHg 且满足上述其他标准，可诊断 ALI[2]。由此可以看出氧合指数的意义，及时进行动脉血气分析，有效监测氧合指数，及时告知医生患者情况，有利于对患者的病情进行处理。在此病例中，患者在气管插管期间多次出现氧合指数降低至 200mmHg 以下，均以得到有效的处理。

3.2　急性呼吸窘迫综合征机械通气的护理

3.2.1　清理呼吸道无效

做好气道湿化，采用密闭式吸痰管进行按需吸痰，加强肺部理疗；观察痰液性质及量；尽量与半坐卧位，床头抬高 30° 以上，密切观察生命体征注意血氧饱和度[3]。

3.2.2　心理干预及合理镇静镇痛剂

ARDS 患者患者症状严重、呼吸困难，病人易产生烦躁、焦虑、恐惧等不良情绪。护理人员应与患者加强沟通，了解患者心理活动，及时疏导患者情绪，并帮助患者解决一些生活问题。对患者要热情、关心，并不时的鼓励病人，使患者增强战胜疾病的信心，并促进医患关系良好发展[4]。考虑到患者术后伤口疼痛以及对自身病情焦虑等情况，当其心情烦躁时，可与患者谈心，播放他喜爱的广播、音乐，消除其不良情绪，配合治疗。

3.2.3　肺复张法在吸痰后的应用

肺复张法 应用于 ARDS 机械通气患者吸痰中，能有效复张塌陷肺泡，改善氧合。RM 的实施方法：采用持续气道正压通气模式（CPAP），逐渐将 CPAP 的压力上升至 2. 94kPa，屏气时间维持 30 s ,屏气结束后恢复基础通气条件。护士在日常按需进行吸痰后，即刻给予实施一次

RM,再以基础通气模式和条件继续进行机械通气。RM 时的高气道压可显著增加肺泡扩张压,使塌陷的肺泡快速复张，通过屏气过程使复张的肺泡稳定性增加,参与通气的肺泡增加,肺容积及功能残气量增多,肺内分流减少,通气血流比例失调改善,从而纠正吸痰所导致的低氧。

4　讨论

ARDS 有很大的危险性，因此对重症创伤、严重感染等病人应积极预防其发生，在治疗中除对原发疾病积极抢救和治疗外，学会 RM 在吸痰前后的应用，加强肺部护理，及时翻身，排痰，减少肺部并发症的发生。积极治疗已出现的肺部感染，同时密切观察病情，学会及时分析血气分析报告，及时发现病人是否出现氧合降低。

参考文献：

[1] 中华医学会重症医学分会.急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征[J]中华危重病急救医学,2006,18(12):706–710.

[2]张月娟,曹影婕,吴燕. 开胸术后肺不张的原因分析及护理 [J].护士进修杂志,2012,27(24):2300–2302.

[3]王爱华. 密闭式吸痰对急性呼吸窘迫综合征患者动脉血气的影响护理干预[J].中外医疗,2012,31(7):154.

[4]刘江燕. 优质护理模式对呼吸窘迫综合征患者的临床影响 [J].临床护理,2016,4(24):146.