

雾化吸入疗法治疗慢性阻塞性肺病的护理体会

王菊娣(江苏省扬中市中医院 212200)

【摘要】 目的 分析雾化吸入疗法在慢性阻塞性肺病患者治疗中的作用。**方法** 根据患者的病情差异确定体位、雾化量、给氧量和吸入方法。**结果** 大部分慢性阻塞性肺病患者通过这种科学的护理,病情得到很好的缓解。**结论** 雾化吸入疗法是帮助慢性阻塞性肺病患者稀释痰液、改善通气的重要手段。

【关键词】 雾化吸入; 慢性阻塞性肺病; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3049-02

雾化吸入疗法是利用气体射流原理,将水滴撞击的微小雾滴悬浮于气体中,形成气雾剂而输入呼吸道,以进行呼吸道湿化或药物吸入的治疗方法。雾化吸入疗法直接作用于病变部位,与口服法相比具有用药剂量小、见效快、不良反应少和使用方便等优点^[1],且疗效显著。作者对两年来本院内科收治的 45 例慢性阻塞性肺病(以下简称慢阻肺)合并肺部感染患者实施雾化吸入的护理结果进行了回顾性分析,现将护理体会总结如下。

1 雾化吸入器的种类及其特点

1.1 超声波雾化器是应用超声波声能,使药液变成细微的气雾,由呼吸道吸入,达到治疗目的,其特点是雾量大小可以调节,雾滴小而均匀(直径在 5 μm 以下),药液随着深而慢的吸气被吸入终末支气管及肺泡。又因雾化器电子部分能产热,对雾化液有加温作用,使患者吸入温暖、舒适的气雾。

1.2 喷射式雾化器即气动雾化吸入法,是利用高速氧气气流,使药液形成雾状,再由呼吸道吸入,同时又可解决缺氧问题,达到治疗的目的。

2 影响疗效的因素及护理

2.1 体位的选择 通常仰卧位较坐位潮气量降低,慢阻肺患者尤其明显,合并肺感染后,肺泡、支气管炎水肿加重呼吸做功。年老体弱、病史长者呼吸肌疲劳,肋间活动度减弱,致呼吸浅快,潮气量下降。采用仰卧位吸入治疗,慢阻肺患者吸入较短时间即出现呼吸费力、面部表情痛苦,血氧饱和度明显下降。根据疾病的特点,作者对慢阻肺患者中症状较轻、咳嗽有力者采用半坐卧位,而意识模糊、咳嗽无力者则取侧卧位,床头抬高 30°,吸入后及时叩击背部,排出痰液^[2]。采用上述体位后,延迟并减轻了患者不适症状的发生。

2.2 雾化量的调节 慢阻肺患者多为老年人,呼吸道应激能力差,如开始吸入时将雾化量、湿度均调至最大,大量冷雾气急剧进入气道可能会使支气管痉挛而导致憋气、呼吸困难。因此采用渐进调节雾化量的吸入方法,即从小雾量、低湿度开始,吸入 1 min,待气道适应后再逐渐增加雾化量,直至吸完所需治疗药液,一般每次吸入不超过 10 min。因疲乏、不愿咳嗽且咳嗽力弱的患者,则采用持续小雾量吸入。为使痰液维持在糊状便于排出,3~4 h 吸入一次,以减轻排痰时的疲乏症状。

2.3 吸氧的配合 因超声雾化产生的雾气主要为水蒸气,含氧量很低。同时,喷出的雾气具备一定压力,排斥口腔周围空气进入呼吸道,使吸入的气体氧分压很低。超声波产生的雾滴低于呼吸道温度,吸入后易致小气道痉挛。慢阻肺患者本身肺

功能较差,大多伴有低氧血症,以上因素可加重患者吸入时气急、胸闷、口唇发绀等缺氧症状。吸入过程中通过对患者进行血氧饱和度监测,发现吸入时保持原吸氧浓度持续吸入 2~3 min,可使血氧饱和度下降 2%~3%,而吸入时相应提高吸氧量 2~3 L/min,可延长血氧饱和度下降时间及减小下降幅度,减轻患者不适症状的出现,将血氧饱和度维持在 90%以上,当血氧饱和度下降至 90%以下即停止吸入,有效地防止了低氧血症的发生。

2.4 吸入方法的选择 慢阻肺患者本身已有小气道挛缩,合并感染后,气道黏膜水肿可加重呼气困难,吸入后气道湿化使呼吸功加大。对呼吸较规律、疲乏症状有所改善的患者吸入时不改变其呼吸节律、深浅度,给予小雾量,吸入时间不超过 10 min,并用氧气面罩连接螺纹管的方法吸入。氧气面罩有两个侧孔,既防止雾气丢失,又使呼出气体排出,减轻了患者喘息、疲乏症状及对吸入治疗的恐惧心理。

2.5 雾化间隔时间的掌握 吸入治疗具有连续性,需各班护士密切协作才能取得好效果,吸入治疗掌握适时、适度尤其重要。适时即在遵照医嘱基础上根据痰液性状掌握吸入间隔时间,使痰液保持糊状,此判断方法能防止吸入间隔时间过长、痰液黏稠及排痰困难,能防止吸入过量,超过了气管、肺对水分的清除能力导致的痰量生成过多,甚至出现肺水肿等。适度即在每次治疗时掌握吸入时间的相对性,主要以观察患者有何不适,避免出现气促、呼吸困难等症状为适度,当监测到血氧饱和度下降至 90%以下时应停止治疗。

2.6 雾化吸入疗法护理过程中的注意事项 超声波雾化和喷射式雾化时应注意:(1)每次雾化吸入时间不应超过 20 min。(2)预防呼吸道再感染。雾滴可带细菌入肺泡,可能继发革兰阴性杆菌感染。要加强口、鼻、咽的护理,还要注意雾化器、室内空气和各种医疗器械的消毒。(3)有增加呼吸道阻力的可能。当雾化吸入完后,呼吸困难反而加重,除警惕肺水肿外,还应考虑是否气道分泌物液化膨胀导致阻塞加重。雾化吸入后,再辅助肺叩打、吸痰等护理。(4)超声波雾化和喷射式雾化液体过多,盲目用量过大有可能引起肺水肿的可能。(5)在气动雾化吸入过程中,注意严禁接触烟火及易燃品。

3 讨论

通过对 45 例患者雾化吸入治疗的护理体会到,慢阻肺患者的排痰护理是一项重要工作,且痰液排出程度与气道通畅及肺功能恢复密切相关。雾化吸入是稀释痰液,改善通气的重要手段,吸入时根据疾病特点采用相应的方法至关重要^[3]。改变

卧位有利于避免吸入时不良反应的发生。吸入时提高吸氧浓度并给予恰当的雾化量,能使血氧饱和度维持在正常水平。通过加强对雾化吸入的护理,以及根据患者病情的不同确定体位、雾化量、给氧量、吸入方法、每次吸入量和吸入间隔时间,减轻了患者不适症状的出现,确保达到治疗效果。

参考文献

[1] 施毅,陈正堂.现代呼吸病治疗学[M].北京:人民军医出

版社,2006:1342.
[2] 李锦燕,张伟,张正霞.超声雾化吸入的疗效观察和护理研究[J].实用护理杂志,2008,24(11):563.
[3] 王琴.支气管炎应用超声雾化吸入的护理[J].世纪护理杂志,2009,11(6):721-722.

(收稿日期:2011-06-07)

1 例膜周部室间隔缺损封堵术并发机械性溶血的护理

范晓英¹,杨省利¹,赵荣莉²(1,第四军医大学第一附属医院心血管内科,西安 710032;
2.西安医学院附属北方医院儿科,西安 710043)

【摘要】 目的 探讨膜周部室间隔缺损经介入封堵术后并发机械性溶血的护理方法。**方法** 选取 2010 年 5 月第四军医大学第一附属医院 1 例经介入封堵术后并发机械性溶血的室间隔缺损患者,对其护理过程进行探讨和总结。**结果** 患者经过全程治疗与护理,10 d 后康复出院。**结论** 膜周部室间隔缺损经介入封堵术后并发机械性溶血患者的护理应注重早发现、早治疗,注意密切观察尿液、监测肾脏功能,做好心理护理、基础护理及健康教育。
【关键词】 先天性膜周部室间隔缺损; 封堵术; 机械性溶血; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3050-02

膜周部室间隔缺损(ventricular septal defect,VSD)是先天性室间隔缺损最常见的类型,其介入治疗一直是人们探索的领域^[1]。近年来随着医疗技术水平及医疗器械的不断发展与改进,无创、微创等介入治疗手段已成为当今国内外衡量先天性心脏病治疗水平的标志之一^{〔2-3〕}。目前其成功率达 98%,主要并发症发生率为 1.8%^{〔4〕}。机械性溶血为室间隔缺损封堵术的严重并发症之一,如不能较早发现,处理不及时或不当,可能危及生命,应引起重视,然而该方面的护理报道和总结甚少。作者选取第四军医大学第一附属医院 1 例 VSD 经介入封堵术后并发机械性溶血患者,经全程的治疗、护理,取得了良好的疗效,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

作者查阅 2010 年 1~5 月在本院 VSD 经介入封堵术患者的资料,发生机械性溶血的患者仅 1 例,女,53 岁,因发作性心悸 10 年,活动后嘴唇发绀于 2010 年 5 月 24 日收入院,入院后经心脏超声检查确诊为膜周型;左室面缺损 22 mm,右室面缺损 7.5 mm,彩色血流示室水平左向右分流,三尖瓣反流(少量)。于 2010 年 5 月 26 日在局部麻醉下行室间隔缺损封堵术,心脏 B 超证实封堵器位置合适,微量分流,听诊胸骨左缘 3 肋间杂音消失。封堵成功,释放封堵器,拔除鞘管,局部压迫止血并包扎,送回病房。于术后 16 h 诉腰痛、头痛、解酱油色尿液 300 mL,诊断为 VSD 封堵术后机械性溶血。经过激素、碱化尿液及大量补液等对症治疗,尿液由酱油色逐渐转清,病情平稳,各项生命体征正常,血常规、尿常规及生化检查正常,痊愈出院。

2 护理措施

2.1 紧急措施 一旦发生机械性溶血,应立即通知医生,积极处理。紧急护理措施:(1)迅速建立静脉通道,留置静脉套管针;(2)遵医嘱及时用药,严格抗生素、激素、碱化尿液等药物的输入,补足液体,掌握好输液速度,密切观察药物的疗效与不良反应,用药期间维持水、电解质及酸碱度平衡;(3)停用阿司匹

林、肝素等抗凝用药;(4)氧气吸入,留置导尿;(5)立即复查血常规,尿常规及肝、肾功能,辅助诊断及治疗。若保守治疗无效,应立即在残余分流处安置第 2 个封堵器,或用异物钳取出原封堵器,重新封堵。只要完全封堵分流,溶血可立即停止^{〔5〕}。本例患者经积极保守治疗,症状明显缓解,避免了二次手术。

2.2 病情观察

2.2.1 溶血的观察 (1)严密心电监测,观察生命体征,每 30 分钟至 1 小时测量血压、脉搏、呼吸、体温 1 次;(2)注意全身症状,密切观察患者神志是否清醒,皮肤、巩膜有无黄染及黄疸程度;(3)监测尿液中血红蛋白含量及血液中血红蛋白、红细胞的变化,以协助评估贫血程度,严重贫血者予成分输血^{〔6〕};(4)严密观察尿液颜色,如果尿液颜色加重,应警惕溶血加重,并严格记录 24 h 排尿量,当出现少尿、无尿,应警惕急性肾衰竭,积极做好抢救或再次手术的准备;(5)反复检测血常规,尿常规,出、凝血时间,肝、肾功能,根据变化调整治疗方案,直至溶血消失;(6)复查超声,观察分流情况。

2.2.2 其他并发症的观察与护理 封堵术后易出现穿刺部位血肿、发热、腹胀、静脉血栓形成等常见并发症。应密切观察伤口局部有无血肿、出血,穿刺侧肢体血供及足背动脉是否搏动好。当出现出血或血肿,应重新包扎,严重者应切开引流。术后常规测体温,每日 4 次,持续 3 d,防止引发感染性心内膜炎。机械性溶血易出现寒战、高热等症状,应加强体温的观察,常规抗生索静滴 3~5 d,若体温高于正常,应按情况给予降温措施。患者术后常出现腹胀,帮助患者按摩减轻不适,一般术后 24 h 拆除绷带,症状会自然缓解;肢体制动期间按摩肢体肌肉,每 2 小时 1 次,预防静脉血栓形成。本例患者未出现以上并发症。

2.3 心理护理 发生溶血后,严禁在患者面前谈论病情或表现出急躁、慌乱的表情,工作应有条不紊,体现个性化服务,做好患者及家属的安慰工作,告知患者机械性溶血为手术并发症之一,医护人员会积极主动给予治疗,使患者减轻心理负担,配合治疗,鼓励其说出感受,同时理解患者感受,给予针对性的解