

## 肺原性心脏病合并呼吸衰竭的护理问题及对策

杨丽艳 杨柳

[关键词] 肺原性心脏病;呼吸衰竭;护理

中图分类号:R541.5 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2004)04-0248-02

[本文著录格式] 杨丽艳,杨柳.肺原性心脏病合并呼吸衰竭的护理问题及对策[J].中国康复理论与实践,2004,10(4):248—

249.

慢性肺原性心脏病(简称肺心病)是由于肺组织、肺动脉血管或胸廓的慢性病变引起的肺组织结构和功能异常,导致肺血管阻力增加,肺动脉压力增高,使右心扩张、肥大,伴或不伴有右心衰竭的心脏病。80%—90%以上的肺心病因慢性支气管炎导致阻塞性肺气肿所致<sup>[1]</sup>。对患者进行全面细致的评估,确定其健康问题,及时控制感染,改善心肺功能,并采取准确有效的护理对策,可控制病情或避免病情加重,降低死亡率。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例为 2000 年 10 月—2003 年 11 月在鸡西总医院呼吸内科住院,根据“全国第三次肺心病专业会议诊断标准”确诊的 34 例患者,其中男性 23 例、女性 11 例,年龄 56—78 岁,平均(66.9±10.1)岁,平均病程(28±8)年;I 型呼吸衰竭 3 例、II 型呼吸衰竭 31 例。

1.2 方法 患者入院后,由病房护士按照护理程序对其进行全面细致的护理评估,并进行动脉血气分析、心电图、超声心动图、X 线等检查,确定患者的健康问题及需求,制定护理方案,为患者实施有效的护理。

### 2 结果

本组 34 例患者通过护理干预后,33 例(97%)心功能得到改善,症状减轻,能有效排除呼吸道内的分泌物,呼吸道感染得到控制,缺氧症状缓解,肺功能得到改善;血气分析: $P_aO_2 > 60$  mmHg,  $P_aCO_2 < 50$  mmHg。1 例患者因感染未得到控制,呼吸功能未改善而出现意识障碍,最终死于肺性脑病。

### 3 讨论

#### 3.1 肺原性心脏病患者常见健康问题

3.1.1 清理呼吸道效果不佳 本组患者年龄较大,病程较长,体质虚弱,咳嗽无力,加之痰液多而黏稠,故痰液排出困难,影响呼吸道通畅,进而影响气体交换使缺

氧症状加重,同时,易发生肺内感染。

3.1.2 气体交换能力下降 病程长,肺组织弹性降低,残气量增加,肺部感染,痰液较多且黏稠,体弱,清理呼吸道无效等可导致患者气体交换障碍,造成缺氧。长期慢性缺氧使患者对缺氧的耐受性和适应性增强。但机体各器官长期在缺氧状态下工作,呼吸中枢几乎靠缺氧和高浓度  $CO_2$  对颈动脉体化学感受器的刺激维持功能,与给氧治疗发生矛盾。

3.1.3 急性呼吸道感染 急性呼吸道感染是诱发心、肺功能衰竭的主要原因之一。肺心病患者大多病程较长,年龄较大,机体免疫力低下,易发生感染。而长期应用抗菌素导致感染菌种复杂,耐药菌种增多,使抗感染药物选择困难,治疗效果较差。

3.1.4 体液过多 慢性肺心病是因肺动脉高压长期得不到缓解而导致右心衰竭所致,表现为体循环淤血、体重增加、肝大、水肿、尿少、颈静脉怒张等。水肿可导致电解质甚至酸碱平衡失调。

3.1.5 意识障碍 慢性肺心病呼吸衰竭患者由于处于缺氧状态,加之老年患者一般都存在着不同程度的动脉硬化,因而常出现意识障碍。气体交换障碍导致的缺氧可使脑细胞功能障碍加重,脑毛细血管通透性增强,引起脑细胞损害; $CO_2$  麻醉可影响脑细胞代谢,使脑细胞兴奋性下降。缺氧导致的患者烦躁不安、神志恍惚乃至昏迷是护理工作的一大难题。

#### 3.2 护理对策

3.2.1 保持呼吸道通畅 对痰液黏稠者可给予化痰药,鼓励患者咳嗽排痰,并协助患者更换体位,轻拍背部,将痰液咳出。对痰液黏稠不易咳出者给予雾化吸入;对意识障碍患者则及时吸痰,并备好气管切开会用器具;痰液堵塞吸痰无效者应做气管切开。气管痉挛者应按医嘱给予扩张支气管药物,如氨茶碱、异丙肾上腺素等。

3.2.2 合理给氧 氧疗是肺心病合并呼吸衰竭时最常用的治疗方法,对纠正缺氧,抢救患者起着至关重要的作用。但合理应用氧疗才能改善患者症状。在氧疗中应注意以下几点:①选择正确的给氧方法,通常用鼻

作者单位:1. 158100 黑龙江鸡西市,哈尔滨医科大学分校护理系(杨丽艳);2. 158100 黑龙江鸡西市,鸡西矿务局总医院(杨柳)。作者简介:杨丽艳(1965-),女,辽宁辽阳市人,讲师,主要研究方向:内科护理、社区护理。

导管给氧,插管时动作应轻柔,固定稳妥;②持续低流量、低浓度给氧,一般为 1—2 L/min,浓度控制在 25%—30%,持续 2 周后可间断低流量给氧,直至呼吸平稳,紫绀明显减轻。此外,应严密观察病情,切忌高浓度、高流量给氧。

**3.2.3 严格控制感染** 合理使用抗菌素是控制感染的有效措施。患者入院后应根据医嘱早期、足量、联合静脉持续应用抗菌素。同时,护士应了解所用药物的药理作用,正确选择溶媒,现用现配,发挥药物的治疗效果。要严格无菌操作,加强病房管理,减少探视人数,以防交叉感染。

**3.2.4 纠正水、电解质、酸碱平衡失调** 如果患者出现水肿且合并感染,可使治疗更加困难,此时既要每日输液应用抗菌素,又要防止因输液不当增加血容量而加重水肿。因此,护理时应严格记录 24 h 液体输入量,注意不显性失水量,把握总入量和总出量的平衡。输液时,控制输液速度,合理分配液体总量,合理使用利尿剂。应严密观察病情,适时巡视,及时发现病情变化及时处理。每日监测体重,注意隐性水潴留和液体出入量,为临床治疗提供依据。

**3.2.5 严密监测病情变化** 严密监测患者的意识、呼吸、心率变化,如患者呼吸困难及紫绀加重,并出现球

结膜充血、水肿、头痛、嗜睡、精神恍惚、烦躁不安抽搐甚至昏迷,提示有可能发生肺性脑病,应及时报告医生处理。注意尿量及排便情况,监测肾和消化道功能。

**3.2.6 心理护理** 由于肺心病患者病程长、体质差,且反复发作,久病缠身,逐年加重,因而患者常出现焦虑心理,对疾病失去治疗信心。因此,应耐心进行心理疏导,讲解有关疾病的防治知识,使患者增强战胜疾病的信心,更好地配合治疗和护理工作。

**3.2.7 加强基础护理** 注意给患者保暖,室温一般在保持 18—20℃,湿度保持在 50%—70%,病房定时通风;注意翻身,保持皮肤清洁,防止压疮发生;注意口腔护理,加强营养,提高机体免疫力。

总之,慢性肺心病合并呼吸衰竭是临床重症,死亡率高,治疗和护理十分困难和复杂,并存在着诸多矛盾,因此,应努力了解本病的特点,分析患者存在的健康问题,探索有效的护理方法,满足患者的健康需求。

#### [参考文献]

- [1] 叶任高主编.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.23.
- [2] 赵不思,李淑芳.肺心病合并呼吸衰竭的临床观察及护理[J].中原医刊,2003,10:64.
- [3] 郭春风.慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭无创通气的护理[J].临床肺科杂志,2001,6:81.

(收稿日期:2003-12-17)