

Nursing Experience in the Treatment of an Elderly Female AECOPD Patient with Type II Respiratory Failure and Mechanical Ventilation Therapy

Huaqin Wang, Jian Sun, Juan Peng*

Intensive Care Unit, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha Hunan
Email: wanghuaqin168@126.com

Received: Mar. 2nd, 2016; accepted: Mar. 23rd, 2016; published: Mar. 28th, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

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



Open Access

Abstract

This article aims to summarize the nursing experience in the treatment of an elderly female AECOPD patient with Type II Respiratory Failure and Mechanical Ventilation Therapy, which may provide reference for the colleagues.

Keywords

AECOPD, Type II Respiratory Failure, Mechanical Ventilation Therapy, Nurse

1例老年慢阻肺急性发作伴II型呼衰并机械通气患者的救治护理体会

王花芹, 孙 健, 彭 娟*

中南大学湘雅二医院重症监护室, 湖南 长沙
Email: wanghuaqin168@126.com

收稿日期: 2016年3月2日; 录用日期: 2016年3月23日; 发布日期: 2016年3月28日

*通讯作者。

摘要

总结1例老年慢性阻塞性肺疾病急性发作伴II型呼衰并机械通气患者的救治护理，为同行提供借鉴。

关键词

慢性阻塞性肺疾病，II型呼衰，机械通气，护理

1. 引言

慢性阻塞性肺疾病是一种常见的慢性进行性呼吸系统多发疾病，患者在急性加重期容易病情恶化，出现呼吸衰竭、心功能不全等危及生命的并发症[1]。临床通常需气管插管或气管切开行机械通气治疗，既增加病人痛苦，又产生多种并发症，且患者易出现呼吸肌疲劳产生呼吸机依赖，临床20%~30%机械通气患者存在撤机困难或撤机延迟现象[2] [3]。2015年1月我科成功救治一例老年女性慢阻肺急性发作并II型呼衰行机械通气患者。现将护理体会报告如下。

2. 病例介绍

患者，女性，70岁，因咳嗽咳痰30余年，气促2年加重4天伴发热，在当地医院医治无好转并加重后转入我院。入院初步诊断为AECOPD，II型呼衰，社区获得性肺炎，支气管扩张，在抢救区气管插管行机械通气后收入急诊重症监护病房。入院查体温：38.2℃，脉搏：89次/分，R呼吸机维持，血压：104/92 mmHg（多巴胺维持），患者意识清楚，双肺呼吸音粗，双下肺可闻及大量湿罗音和哮鸣音，双下肢浮肿。实验室检查：血常规：WBC 6.77 $10^9/L$ ，N 89.6%，HBG 130 g/L，PLT 191 $10^9/L$ 。肝功能总蛋白 58.9 g/L，白蛋白 27.0 g/L；肾功能可；肺炎军团菌抗体阳性；结核杆菌抗体(PPD-IGM)阳性(弱)；D2聚体定量 3.16 ug/ml；乳酸：26.8 mmol/L；血气分析 PaCO₂ 62.8 mmol/L，PaO₂ 68.6 mmol/L。X片检查显示双肺野内多发斑片及网状密度增高影。支纤镜检查：各支气管可见大量淡绿色浓稠痰，痰培养检出铜绿假单胞菌。

入院第7天，患者肺部CT显示：双肺支气管扩张，双肺气肿，纵膈淋巴结肿大，动脉硬化，诊断符合COPD并感染，病变较前进展，及时更换抗生素为头孢哌酮+利奈唑胺+阿米卡星+罗红霉素口服，予以丙种球蛋白5天增强营养；并行气管切开手术。第14天，患者体温控制在37℃以下，胸片病变、炎性指标较前有所好转，调整呼吸机参数为8次/分，逐渐延长SPONT模式锻炼患者呼吸功能，每日试脱机(上午和下午各一次)，在雾化、拍背、物理排痰等帮助下，鼓励并帮助患者自主咳嗽咳痰，嘱患者增强营养，充足睡眠，适当床上活动，每日行呼吸功能锻炼，为脱机做准备。第20天，患者成功脱机，予以鼻导管给氧，氧流量为2L/分，拔除导尿管和胃管，期间间断复查血气分析、炎性指标及胸片，较前明显好转，且肺部听诊较前好转，痰液较前稀薄，痰量无明显增加，患者可自行将痰液咳出，根据痰培养及药敏结果，改抗生素为替加环素(第一次剂量为100 mg，12小时后50 mg Q12h 静滴)，并试堵管。堵管后第三天，行气切瘘口缝合术，隔日换药，10天拆线出院，共住院35天。

3. 护理

3.1. 制定个案护理方案

该患者为老年女性，患慢性阻塞性肺疾病多年，在当地医院治疗无好转且病情继续恶化，入我科后

即予气管插管，患者对自己的病情充满悲观、绝望，觉得救治没有希望，情绪低落。另外 EICU 实行封闭式管理，无家属陪伴，患者产生了强烈的孤独感和恐惧心理，并因此而失眠，靠药物协助入睡。为此我们成立了个案护理责任小组，安排经验丰富且与她同乡的护士担任组长，与另外 3 名护士共同组成责任小组，24 小时分管床位，由组长负责制定小组护理计划，并根据病情进展讨论和调整计划方案，4 人严格执行同步治疗、护理标准，并随时交流病情信息。

3.2. 开展共情护理

3.2.1. 制定共情护理查房计划

请心理科医生每周参与共情查房 1 次，评估患者的焦虑、抑郁情绪，了解患者的心理需求，针对患者不良情绪制定共情护理查房计划，查房方式主要为关爱、问候、促进表达，结合其他普通护理查房法。内容包括制造护患沟通话题、调动患者倾诉、解答心理困扰、疾病健康教育等。组长用家乡话组织摄入性交谈，运用共情技巧创造融洽和充满关爱的查房氛围，表现对患者痛苦的充分理解并乐于分担患者痛苦的意愿，建立信任感。每次查房由 1 名组员给病人分享 1 个类似的成功病例，增强患者治疗信心。给病人购买小手写板，引导表达自己的想法和意愿以及心理困扰。

3.2.2. 创造家庭式治疗环境

了解患者家庭文化，了解患者的生活习惯及喜好，在床头柜上摆放患者孙子和最喜欢的宠物狗照片，最熟悉的生活用品，常用日历和时钟，消除患者陌生感，让患者有时间意识和昼夜之分，维持正常生物钟，感觉自己生病后仍保持正常的生活节奏。安抚患者，经常用家乡语言与患者沟通，告知患者疾病发展与治疗方案，减轻患者顾虑，对患者的每个小进步均给予积极的鼓励和表扬，增强战胜疾病的信心。

3.3. 提高患者社会支持水平

了解患者家庭结构及经济状况，告知家属个案护理方案，让家属与护士一起制定护理计划并配合共情心理护理。每日下午让家属陪伴患者 15 分钟，安排患者最喜欢的家人轮流探视，通过鼓励、安慰和关怀帮助患者消除不良情绪并积极配合治疗，用亲情唤起患者对生活的勇气。了解到患者夫妇情深意笃，在非探视时间，我们建议患者先生每周写信一封给病人，在信中回忆夫妻年轻时的美好，告知孙子和宠物的生活情况，在信中鼓励患者加油努力、尽早脱机。交由护士读给病人听，让病人时刻感受温暖和保持病人积极的情绪，从而达到最佳水平的心理支持，提高机体免疫功能和抗病能力，促进疾病康复[4]。

3.4. 呼吸机护理管理

3.4.1. 上机前护理

告知患者上呼吸机的目的，给患者讲解呼吸机的结构和功能，使用呼吸机治疗的相关知识，向患者说明脱机的重要性和必要性，增加患者的视觉信息传递。讲述之前通过呼吸机治疗成功的典型病人案例，让患者从心理上认同接受呼吸机；跟家属也同样讲解上呼吸机的目的和意义，让家属同时做好病人的思想工作，消除患者顾虑。

3.4.2. 呼吸机护理

采用呼吸机集束化护理，预防呼吸机相关性肺炎；协助患者翻身变换体位，稳定期鼓励患者自主改变体位；抬高床头 30~45 度，配合呼吸锻炼，训练患者端坐体位，改善膈肌功能，预防呼吸机依赖[5]。每日用沐舒坦加糜蛋白酶加入 100 ml 生理盐水中以 2 ml 每小时持续泵入，湿化气道；每天机械排痰 2 次，每次 15 分钟，刺激或鼓励患者咳嗽，预防痰痂、痰栓形成，减少反复吸痰，减少气道损伤，防止导管堵管。每日更换气管插管固定器，保持口腔清洁。气切后加强气切处护理，每日两次换药，保持气管

切开处干燥，清洁。

3.4.3. 撤机时护理

撤机前主动与患者沟通，给予情感支持，向患者说明撤机目的，使患者产生撤机的愿望，提高患者对撤机的认知和依从性；合理选择撤机时间，待病情好转具备脱机指征后，选择上午查房后患者处置基本完成，医护人员充足时段为最理想，呼叫家属至床旁，与其谈心，分散注意力，经验丰富、技术熟练的个案护理小组组长和管床医生陪伴，增加患者安全感。撤机后保留气管导管 24 h，以防撤机失败。同时加强气道管理，保持一定的氧气吸入，患者感胸闷时适当调大氧流量至 5 L/min；加强心理支持，做好心理疏导，可播放轻音乐，使患者放松紧张情绪。脱机 24 h 后，若生命体征平稳、情绪稳定、血气分析结果正常可拔管。拔管后考虑患者仍存在喉头水肿、咳痰能力弱，遵医嘱予博利康尼 2.5 mg + 布地奈德混悬液 2 mg + 溴环己胺醇 15 mg 雾化吸入，每次吸 15 min，24 h 后每 6 h 雾化吸入 1 次；鼓励患者咳嗽、咳痰；雾化后用鼻导管吸氧 3 L/min，观察患者的生命体征及咳痰能力，拔管后 2 h 进行血气分析，以后每天监测血气分析 1 次；继续加强患者的心理护理。本病例经雾化吸入，第 2 天喉头水肿明显减轻，咳痰能力增强。

3.5. 综合基础护理

3.5.1. 营养支持

COPD 患者普遍存在营养不良，尤其机械通气患者营养不足时，易导致呼吸肌力和功能下降，呼吸做功能力减退可增加患者对呼吸机的依赖性[6]。我们每天 2 次评估患者的营养状况，计算患者每天的基础消耗，针对性的进行营养补给，患者不能进食，予以插胃管，建立胃肠营养，每日予以能全素 4 次，静脉辅以 10% 脂肪乳 250 ml，氨基酸 250 ml，白蛋白等以维持患者每天的能量消耗，定时查电解质，及时纠正患者水电解质紊乱情况。通过全面的营养支持，满足了患者对能量和蛋白质的需求，从而限制了进行性呼吸肌消耗，减轻呼吸负荷，恢复呼吸机功能，为及早脱机创造有利条件。

3.5.2. 基础护理

观察生命体征、意识、血氧饱和度、呼吸机参数，每小时记录一次，观察并记录 24 小时出入水量，高热时予以冰敷，并每小时测体温一次，正确收集痰标本，血液标本进行培养和检查。患者为老年患者，双下肢水肿，无生活自理能力，压疮评分 10 分，为高危压疮患者，我们每日为患者更换床单，保持床单位清洁，每 2 小时予以翻身一次，骨突处用赛肤润涂抹，骶尾部用高分子泡沫辅料覆盖，至患者出院，无压疮的发生。保持口腔和外阴清洁，每日用生理盐水刷牙 2 次，用新洁尔灭清洁外阴 2 次，及时更换尿袋和导尿管，防止尿路感染。患者年老体弱，加之排便习惯改变，不习惯床上排便，护士耐心解释，同时指导病人采取通便的措施，必要时给予了开塞露，保持大便通畅。床上功能锻炼，患者长期卧床，为了防止患者肌肉萎缩，肢体功能退化，每日予以 15 分钟肢体功能锻炼 2 次，鼓励患者床上活动四肢。

4. 小结

慢性阻塞性肺疾病在急性加重期病情易恶化，行机械通气治疗患者常发生呼吸机依赖。护理人员在使用呼吸机开始时，就应考虑呼吸机相关性感染的可能、呼吸机依赖的可能等问题，因此早期综合治疗及心理干预极其重要。应根据病人情况制订个案护理计划，开展共情心理护理干预、创造家庭式治疗环境、提高患者社会支持水平和治疗依从性，做好呼吸机护理管理及综合基础护理，充分发挥医护人员及家属的力量，选择最佳的撤机时机，对患者的营养、疾病等进行综合管理，有效地预防呼吸机依赖[7]，提高患者生存质量。

参考文献 (References)

- [1] 刘晓青. 护理干预措施对慢阻肺急性发作的影响分析[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 8(14): 95-97.
- [2] Boles, J.M., Bion, J., Connors, A., *et al.* (2007) Weaning from Mechanical Ventilation. *European Respiratory Journal*, **29**, 1033-1056. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00010206>
- [3] Sellares, J., Ferrer, M. and Cano E. (2011) Predictors of Prolonged Weaning and Survival during Ventilator Weaning in a Respiratory ICU. *Intensive Care Medicine*, **37**, 775-784. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-011-2179-3>
- [4] 周志虹, 孟玉梅. 心理干预对长期卧床老年患者精神状态的影响[J]. 护理与康复, 2011, 10(6): 537-538.
- [5] 石群, 高小雁. 体位护理干预呼吸机相关性肺炎的研究进展[J]. 护理研究, 2009, 23(33): 3009-3010.
- [6] 刘彦. 呼吸机依赖的原因及护理进展[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(2): 156-158.
- [7] 张金峰, 王爱民. 呼吸机依赖患者呼吸康复锻炼的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2011, 10(46): 1035-1037.