

慢性阻塞性肺气肿患者的日常护理指南

王 芳

[内容提要]阻塞性肺气肿给患者带来了痛苦和不便,在日常护理中要密切关注患者的血氧变化、神志意识状态等生命体征,指导患者做好心理疏导、呼吸训练和排痰、用药、氧疗,降低患者的痛苦,帮助患者早日康复。

引言

慢性阻塞性肺气肿(COPD)是一种病理性改变,属于呼吸系统疾病的范畴,包括弥漫性阻塞性肺气肿和局限性阻塞性肺气肿,指呼吸细支气管以远的末梢肺组织因残气量增多而持久性扩张,伴有肺泡间隔破坏,以致肺组织弹性减弱、容积增大的一种病理状态。

一 基础症状

此疾病多由慢性支气管炎发展演变而来,临床症状主要表现为咳嗽、咳痰、食欲缺乏、呼吸困难、体质量减轻等,天气暖和时有所缓解。吸烟等不良的生活习惯、大气污染、呼吸道感染等是主要的引发因素。病情倘若得不到控制,继续发展会引发呼吸衰竭、肺性脑病、肺源性心脏病等导致肺功能减退,对人们的身体健康造成严重的威胁。

二 护理干预措施

在开展临床治疗时要注意日常护理,预防疾病发展,加快康复。以下是总结的几点主要的护理方式。

(一)心理干预

由于慢性阻塞性肺气肿是一种慢性疾病,患者长时间承受病痛的折磨容易引发不良情绪,产生焦虑和抑郁的情绪,丧失治疗信心。护理人员要及时观察和关注患者的情绪变化,给予患者鼓励和尊重,并叮嘱患者家属多多关怀和鼓励患者,多给予患者陪伴,患者能够放下顾虑,放松的配合治疗。并对患者和家属进行健康知识讲解和说明,使患者和家属对疾病的发生原理和日常护理注意事项加强了解,提供日常护理的积极性和配合度,促进患者生活质量的提升。

(二)保持室内通风洁净

维持病房环境的干净整洁,定时通风,保持病房空气的清新,并维持病房适宜的温湿度化境,为患者提供舒适的休息环境,避免粉尘、烟雾等进入病房,

禁止在病房内摆放花粉类植物,以免刺激患者的呼吸系统。指导患者协助保持舒适的体位,并且在疾病急性发作期一定要采取坐位或半卧位,保证卧床休息。过低的环境温度下会增强患者的气道反应性,导致痰液增多,加重气喘。温度过高又会导致患者水分丢失过多、不易将痰液咳出,因此应将房间温湿度控制在50%~60%范围内。

(三)呼吸道排痰护理

第一,深呼吸及有效咳嗽护理指导。对于神志清醒并且有咳嗽能力的患者进行咳嗽指导和呼吸道护理,确保呼吸道的通畅。具体方法为:指导患者采取坐姿,双脚踏触地面,身体保持前倾姿势,将一个枕头在双手环抱一个枕头,有助于膈肌上升;进行数次深而缓慢的腹式胸前环抱,深深地吸一口气,将唇部缩进,尽可能地通过口腔缓慢地将气体呼出;再次深深地吸满一口气后进行3~5秒钟的屏气,然后用手按压于上腹部作为辅助,收缩腹肌从胸腔开展短促有力的咳嗽2~3次,然后将嘴巴张开将痰液咳出。指导病人采取俯卧屈膝的姿势,收缩腹肌、膈肌、增加腹压,将痰液咳出,并漱口。

第二,叩击胸部、震荡胸壁。此方式适用于久卧病床、病体较弱、排痰能力较差的患者,对于肺水肿、低血压、咯血、有病理性骨折史、肋骨骨折未经引流的气胸患者禁用。具体步骤如下:一是准备工作。向患者介绍疾病的发生发展的过程,疾病相关知识以及治疗流程和即将达到的效果、治疗过程中的注意事项,使患者树立对疾病的正确的认知和全面的了解,更好地配合治疗工作的开展。通过肺部听诊以及生命体征的检测,确定病变位置,在叩击时使用单层薄布,对胸部皮肤做好保护,预防叩击引起的皮肤泛红和破损,也要注意禁止覆盖物过厚,影响叩击震荡效果的发生。二是操作手法。此手法适用液黏不易咳出者。叩击时注意避开纽扣、拉链等硬物、骨突以及心脏部位。其一,指导患者采取侧卧位进行胸部叩击,将医师的右手手指并拢,使手掌呈空杯状,手腕

发力,从肺底位置由外向内、由下而上有节律并快速地叩击胸壁,达到震动呼吸道的效果。其二,叩击力度和频率,按照一片肺叶叩击时长1~3分钟,每分钟120~180次的频率,手法正确的情况下叩击时会发出空而深的拍击音。湿化剂,选择比较常用的低渗盐水(常用浓度为0.45%)、生理盐水以及蒸馏水。将支气管舒张剂、痰溶解剂、激素等药物加入湿化剂中进行雾化吸入进行消炎、平喘、止咳、祛痰等功能的治疗。三是机械吸痰干预。此法适用于排痰困难、痰液黏稠、无力咳出及意识不清的患者。负压吸痰入口可根据患者情况选择气管切开处、气管插管或口鼻腔处。频率及时长限制,每次吸痰时间控制在15秒之内且两次抽吸间隔达到3分钟以上。于吸痰前、中、后三个时段注意将患者的吸入氧的浓度做适当调整,预防低氧血症的发生。

(四)氧疗护理干预

对于低氧血症患者遵照医嘱开展适当的氧疗护理。吸氧方式可根据需要设置为可选择浓度为25%~29%的量进行面罩吸氧,频率为1~2L/分钟;鼻导管低流量吸氧,吸氧时间设置为每天大于15小时或者持续吸氧;吸氧过程中注意做好防范,预防二氧化碳潴留现象的发生。慢性阻塞性肺气肿患者由于受到长期二氧化碳潴留的影响,导致呼吸中枢二氧化碳的敏感性大幅度降低,因为缺氧状况刺激了外周化学感受器反射性兴奋呼吸中枢,而将较高浓度的氧气吸入体内则相对削弱了缺氧的刺激,抑制了通气,导致二氧化碳潴留情况加重,发展严重时甚至会导致呼吸停止的发生。因此,在氧疗开展时护理人员要特别注意对氧疗后的效果进行观察。

倘若治疗后患者的意识障碍加深,则是二氧化碳潴留更加严重的表现。需要结合病人的临床表现以及动脉血气分析结果对吸氧的浓度和流量进行适当的调整,这样既可以维持氧疗的效果,又能预防氧中毒以及二氧化碳麻醉。操作过程中要注意妥善固定输送氧气的面罩、气管及导管装置,并确保其清洁与通畅,保证患者的舒适体验。向患者及其家属介绍氧疗的性质和作用,以及治疗可以达到的效果,提升患者的治疗信心和配合度。叮嘱患者及家属在治疗过程中不要随意变动氧流量或停止吸氧。睡眠时也要继续维持氧疗,预防低氧血症的加重出现。

(五)呼吸训练护理干预

患者有呼吸困难、咳嗽、咳痰等临床症状表现时,护理人员指导其开展腹式呼吸以及缩唇呼吸,来增加气道外口阻力,预防过早闭合气道的发生。腹式

呼吸法:示范并指导患者进行深长而缓慢的腹式呼吸,借助腹肌的力量进行主动的腹部舒张和收缩,借助动作幅度的加强来增加通气量,降低耗氧量,减轻呼吸阻力,缓解呼吸困难,提高呼吸时长。缩唇呼吸法:示范并指导患者鼻吸口呼的形式开展自主呼吸训练,嘴呈吹笛状,将气体经由紧缩的嘴唇缓慢呼出,吸气和呼气时长保持1:3的比例,尽量延长气体呼出的时间。

(六)营养护理及饮食指导

叮嘱患者饮食以清淡、易消化为主,预防肠内胀气和便秘的发生。保证治疗期间充分的蛋白质和维生素的摄入,提供足够的营养支持。饮食避免辛辣、刺激、油腻。适当地饮水补充以预防因脱水引发的呼吸道黏膜干燥症状。

(七)用药指导及皮肤护理

指导患者遵守医嘱,使用祛痰剂和抗生素以及支气管扩张剂,向患者详细说明药物的使用方法及副作用和可能引发的不良反应。护理人员对于患者治疗期间的生命体征进行密切的观察,及时发现异常状况并进行处理。护理人员要保证患者床铺的干燥、整洁,协助患者定期翻身,预防其压疮。

三 结语

综上所述,阻塞性肺气肿给患者带来痛苦和不便,在日常护理中要密切地关注患者的血氧变化、神志意识状态等生命体征,及时向医师汇报异常,指导和协助患者做好各种护理干预,帮助患者早日康复。

(作者单位系首都医科大学附属北京朝阳医院)

[参考文献]

- [1]刘娜,李小琼,程浩,等.呼吸功能强化训练干预在慢性阻塞性肺气肿术后护理中的应用效果[J].中国医药导报,2022,19(36):182-185.
- [2]吴宝妹.老年慢性阻塞性肺气肿护理中实施舒适护理的临床效果[J].中国医药指南,2022,20(34):173-175,179.
- [3]张鸽,赵培,曹慧.专科护士主导的MDT延续性护理联合养阴清肺汤治疗老年慢性阻塞性肺气肿的应用效果[J].实用中医内科杂志,2022,36(12):113-115.
- [4]苏东梅.老年慢性阻塞性肺气肿患者护理中应用舒适护理的效果观察[J].中国医药指南,2022,20(31):34-37.
- [5]陈琼.舒适护理在老年慢性阻塞性肺气肿护理中的应用[J].现代养生,2022,22(21):1890-1892.
- [6]谢宁.慢性阻塞性肺气肿患者实施家庭护理对呼吸功能及病情控制的干预效果[J].智慧健康,2022,8(24):83-86.