

DOI: 10.12209/CAIM202210240004

· 中西医结合临床案例 ·

1 例晚期肺癌合并肺部感染的护理体会

李浩然¹, 郭晓然², 孟祥楠¹, 王 培²

(1. 北京市隆福医院 天通苑康复医学科, 北京, 102218; 2. 北京医院 二部肿瘤科, 北京, 100005)

摘要: 本文总结对 1 例肺癌并肺部感染患者的护理体会, 通过为患者提供气道护理、心理护理、疼痛护理、症状控制及舒适照护等科学、优质的护理干预, 将中医护理和西医护理相结合, 有效减轻患者痛苦, 帮助患者面对疾病, 增加对抗疾病的信心, 更有助于患者归家全面照护。

关键词: 肺癌; 肺部感染; 疼痛; 生存质量

Nursing experience of a patient with advanced lung cancer and pulmonary infection

LI Haoran¹, GUO Xiaoran², MENG Xiangnan¹, WANG Pei²

(1. Tiantongyuan Rehabilitation Medicine Department, Beijing Longfu Hospital, Beijing, 102218;

2. Second Department of Oncology, Beijing Hospital, Beijing, 100005)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing evaluation of a patient with lung cancer and pulmonary infection, and carried out scientific and high-quality nursing intervention including airway nursing, psychological nursing, pain nursing, symptom control and comfort care. The combination of Traditional Chinese Medicine nursing and western medicine nursing can reduce the pain of patient, increase their confidence in fighting against the disease, and provide basis for future nursing work.

KEY WORDS: lung cancer; lung infection; nursing intervention; quality of life

由吸烟、空气污染、职业暴露、慢性肺部疾病以及家族史等因素诱发的肺癌属于临床比较常见的一种恶性肿瘤。据相关研究资料指出, 肺癌的发病率和死亡率位居所有癌肿瘤第一位, 由于缺乏典型性症状, 绝大多数患者确诊时已进入肺癌晚期^[1]。随着现代医学研究的持续深入和新药研发的不断进步, 现如今, 晚期肺癌患者的生存率也在不断的提高。由于经济水平、病情状况等因素的限制, 大部分肺癌患者采用外科手术、放化疗等治疗方式。在肺癌患者放化疗期间, 肺部感染已经成为了临床较为常见的一种并发症, 同时也是造成患者死亡的重要原因之一^[2]。肺癌合并肺部感染的出现不但会延长患者的治疗时间, 而且还会极大地加剧其经济压力, 增加患者的身心痛苦。世界卫生组织最新数据显示, 肺癌发病率占全球新发癌症的 11.6%, 病死率达 18.4%, 是中国乃至全球发病率和病死率最高的癌症^[3]。在临床工作

过程中如果能尽早识别肺部感染的肺癌患者, 并对其实施具有针对性、系统性的护理干预措施, 有助于改善患者的生存质量, 缩短其康复时间。现将我院针对肺癌合并肺部感染患者的护理方法汇报如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 71 岁, 于四年前因舌癌行舌切除术。1 年前无明显诱因出现喘憋, 伴咳嗽咳痰、痰白质黏, 查胸部 CT 示: 右肺上叶肺癌(51 mm×48 mm), 穿刺活检后病理诊断为“右肺上叶高分化鳞状细胞癌 cT3N0M0 IIB 期”2020 年 8 月至 2021 年 5 月曾先后行放疗 1 次、化疗 5 次; 爆发痛时自备氨酚羟考酮 1 片由胃管注入。未规律服药。现夜寐不安, 便秘, 小便量少平卧受限, 双下肢水肿。既往高血压 3 级 10 余年, 血压最高 200/100 mm

收稿日期: 2022-10-24

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

Hg,曾口服降压药物治疗,现已停药,自诉平素血压平稳、慢性阻塞性肺疾病7年余,现口服羧甲司坦口服液、孟鲁斯特纳片对症治疗,以右肺恶性肿瘤伴肺部感染收住我科。

1.2 个人史

出生于北京,生长于北京。现已退休。有吸烟史50年,平均10支/日;有饮酒史50年。否认药物嗜好。否认疫水疫区接触史。无工业毒粉、粉尘、放射性物质接触史。无冶游史。

1.3 入院时评估

日常生活能力评估:45分,三级重度功能障碍。跌倒/坠床危险因素评分:10分高度危险。压疮危险因素评分:13分,中度危险。误吸/窒息危险因素评分:18分中度危险。抑郁评分:0.5分,轻度抑郁。疼痛评分:入院后疼痛评分9分,使用吗啡注射液,芬太尼透皮贴后疼痛评分可降至1分。预期生存期:2-3个月。心理痛苦温度计:3分。Borg呼吸困难量表:6分,重度呼吸困难。营养风险筛查评估:≥3分,严重营养状态受损。MNA微型营养评估:7.5分,可明确为营养不良。否认药物过敏史,否认食物过敏史。

1.4 辅助检查

经胸部CT检查:右上肺占位(68 mm×61 mm),双侧少量胸腔积液左侧较前减少;双肺多发斑片索条影、磨玻璃密度影、局部实变,较前减少;腹腔脂肪间隙密度增高,左侧为著;胃腔未充盈,胃壁增厚。凝血功能:D-二聚体1.23 ug/mL,血生化:白蛋白39 g/L,尿素氮28.3 mmol/L,肌酐115.0 umol/L,前白蛋白132.58 mg/L。

1.5 治疗经过

患者于2021年11月12日入院后给予平喘、利尿、化痰、抗感染对症治疗。给予芬太尼透皮贴4.2mg外用止痛,爆发痛时追加盐酸吗啡注射液10mg皮下注射,应用面部表情疼痛评分量表结果为1分。患者于在院期间给予患者舒适照护,症状控制,静脉输入消炎药物,湿化气道,给予中医整体护理,饮食指导并给予针对性出院指导。患者愿意配合,家属表示理解并给予支持。于2021年12月4日患者症状较前好转,尊重患者愿意出院归家。

2 护理

2.1 护理诊断

诊断:①低效性呼吸型态:与呼吸肌无力,缺氧有关。②疼痛:与肿瘤转移压迫神经有关。③舒适

度改变:与不能平卧有关。④营养失调:低于机体需要量,与机体消耗增加、不能经口进食有关。

2.2 症状护理

2.2.1 低效性呼吸型态:①喘憋:由于患者高龄且基础疾病多,不适合对其原发病展开进一步治疗,在院期间为减少肺癌患者的身心痛苦,临床护理时观察患者的各项生命体征与痰液色质量变化,给予氧气吸入,深呼吸练习、监测其血氧饱和度,检查患者有无胸腔积液,并预先准备好相关的急救物品,便于对患者实施抢救治疗^[4]。研究指出,协助患者保持合理的卧床体位不仅是临床护理工作的一项重要内容,同时也是预防相关呼吸系统并发症的关键措施^[5]。②气道护理:给予患者使用振动排痰仪,通过仪器作用在患者双侧肺部,使重力和体位的改变,促进痰液向主支气管排出,可以促进痰液的引流,促进分泌物的排出,保证有效通气。在排痰过程中关注患者的心率,口唇颜面,血氧的变化。郎华等^[6]在文献中指出针对慢阻肺患者合并呼吸功能锻炼联合护理干预可有效缓解患者不良情绪,促进呼吸功能恢复,改善治疗效果。在给予患者吸痰或清理口腔内痰痂操作时,动作迅速、轻柔。通过肺部听诊、血氧监护判断患者是否需要使用呼吸机对症治疗。清洁痰痂前后为减轻患者胸闷、喘憋症状给予患者高流量吸氧4~6L/min。患者舌切除术后4年,由于吸入气体比较干燥,容易影响患者的康复和预后。人体各正常器官对吸入气体有加温和湿化作用,当呼吸困难、张口呼吸、给氧、建立人工气道时,大量吸入湿化不足的气体,易引起气道黏膜损伤,纤毛运动受限,痰痂阻塞。临床实践证明,肺部感染率也是随气道湿化程度的降低而升高^[7]。入院期间给予患者雾化吸入,4次/d,保证气道湿润,通畅的同时,还能减少气道阻塞、细菌侵入等不良事件的发生。③口腔护理:口腔细菌的滋生、繁殖与下移是引起肺部感染的直接原因。口腔是病原微生物侵入机体的重要途径之一,尤其是恶性肿瘤患者、脑卒中等危重患者在机体抵抗力低下、气管插管、气道开放、长期鼻饲、抗生素、脱水剂和激素的长期使用等情况下极易诱发口腔疾病。口腔护理是预防口腔并发症和肺部感染的重要护理措施之一^[8]。住院期间每日给予患者使用茶水开展口腔护理工作,清除口腔细菌,改善口腔内环境保持口腔清新,干净,舒适的同时,还能维持良好的口腔防御体系。含服小冰块保持口腔湿润。④制定出院宣教:据患者病情为减少焦虑、孤独,告知家属多陪伴患者,倾听患者的诉说,满足患者的内心

需求,房间内可播放患者喜欢的音乐。提供便利的生活条件,患者喘憋明显可给予小风扇 15 ~ 30 cm 距离吹面部,定时开窗通风。患者不能平卧给予抬高上身,后背垫枕。患者喘憋,有痰不能自行咳出,家属可以给予自备雾化吸入器,稀释痰液。并教会患者家属翻身扣背排痰方法,促进痰液的排出。

2.2.2 疼痛:疼痛是恶性肿瘤患者最常见的症状之一,约 80% 的肿瘤患者在其疾病诊疗过程中会出现癌性疼痛简称(癌痛)^[9]。疼痛是患者的主观感受,对此,患者的主诉是评估患者疼痛的核心标准。患者在院期间给予患者用数字评定量表(NRS),相信和尊重患者的主诉,如实记录。为减少爆发痛的次数,建立疼痛记录本,教会患者如实记录疼痛的发作时间、疼痛部位、持续时间以及用药时间方法。给予患者规律 Q12H 氨酚羟考酮 1 片稀释后胃管内注入,芬太尼透皮贴 4.2 mg 贴于胸部并纠正其用药成瘾性的误区。爆发痛时给予盐酸吗啡注射液 10 mg 皮下注射。在用药期间严格观察用药后的不良反应,如便秘、恶心、呕吐、瞳孔针尖样改变,随时备好纳洛酮急救药品。为减少疼痛症状、即爆发痛的次数,督促患者按时服用止痛药物。

2.2.3 舒适度改变:①心理:为消除患者紧张焦虑情绪,给予患者介绍病室环境,参与制定治疗方案,增加与患者沟通时间。让患者能够自主提出所需问题,鼓励、安慰和支持等干预措施,使患者主动与外界沟通,倾诉自己内心的顾虑与担心,护理人员通过给予患者正向引导使其积极配合治疗,保持心情舒畅,与疾病做长期斗争的思想准备。②生理:了解疾病相关知识,疾病的发生,发展及转归,介绍关于目前疾病用药的不良反应,预后措施。患者年老体弱,对氧气需求量大并服用阿片类药物针对便秘不良反应,给予床旁放置带扶手坐便器,为患者提供舒适、便捷的排便环境和体位。在住院期间鼓励并督促患者养成定时排便的习惯,并每日进行腹部按摩,促进肠蠕动。由于患者可自行活动,瘦弱、不存在床头抬高禁忌,为患者营造舒适的康复环境,给予患者床头抬高 30°~45°,主要以平卧位、左侧卧位以及右侧卧位为主,借助软垫帮助患者维持其体位。注意患者皮肤情况,防止褥疮,患者瘦弱,每 1 ~ 2 h 提醒患者翻身,更换卧位,避免床单元的脏乱、潮湿、褶皱。对于皮肤压红处给予酒精温水擦浴,红光照射促进局部血液循环,改善症状。③音乐疗法:患者 71 岁高龄,体弱,言语不利,为方便与患者沟通

责任护士为患者制作了手写卡,能够方便患者写出自己的需求,对治疗效果的反馈。在本案例中给予患者增加音乐疗法。音乐疗法属于一种非侵入性的补充替代疗法,集音乐、医学、和心理的一门新兴学科。在发达国家音乐疗法已经被广泛用于癌症治疗与护理领域^[10]。可以帮助患者创造舒适轻松地治疗环境,帮助患者放松情绪,减轻焦虑,抑郁,减轻疼痛的作用。并增加病房巡视次数,要求家属不间断陪伴患者,倾听患者诉说,给予患者高度关注。注意调节监护仪器运行的音量,以免患者产生恐惧、烦躁、焦虑等不良情绪。

2.2.4 营养失调:饮食调护,在院期间给予患者制定科学饮食,低盐、低脂、清淡且易消化食物为主,给予新鲜蔬菜,水果榨汁,小米,坚果制作成糊状经由胃管注入。日常生活饮食注意忌食辛辣,生冷,肥腻,刺激,油炸等食物,避免胃管内注入可乐、咖啡、浓茶及冷饮。

2.3 中医护理

中医护理:①整体护理:给予患者避风寒,适寒温,慎起居,舒情志,少烦忧。②便秘护理:取天枢、关元、肺俞、脾俞、胃俞、三焦俞、足三里以一指禅法在患者天枢、关元穴推拿,每个穴位 1 ~ 2 min,顺着肠蠕动的方向按摩腹部。给予穴位贴敷,取穴:神阙。③健脾、胃:给予耳穴压丸,取穴:神门、脾、胃肺滋阴补气。每个穴位按压 30 s,1 ~ 2 次/d。给予黄芪、党参、麦冬、五味子、茯苓、地黄、山药、石斛、制成生脉饮颗粒剂,煎服,2 次/d。④:吞咽困难:选取廉泉、天突、外金津玉液、合谷、丰隆、足三里等穴采用悬灸法,1 次/d,10 ~ 15 min/次。

2.4 护理评价

患者入院 1 周内压疮危险因素评分:15 分,轻度危险。误吸/窒息危险因素评分:14 分中度危险。抑郁评分:0.5 分,轻度抑郁。疼痛评分:入院后疼痛评分 9 分,用药后 NRS 下降至 3 分以内。不影响睡眠。心理痛苦温度计:2 分。呼吸困难症状与营养状态较前好转。

3 讨论

综上所述,不同的肺癌生长方式不同,个体差异,治疗手段也不同,一般情况下患者可以采取手术、放疗、化疗等多种治疗方式。也可以选择联合治疗方式。提倡对肺癌合并肺部感染患者给予评估、识别、进行科学、优质的护理干预。有助于改善患者的生存质量,缩短其康复时间。本例患者

年龄较大,肺癌合并肺部感染的发生使其肺部生理机能相对较差,再加上基础疾病多、既往恶性肿瘤病史等因素的影响,容易损伤患者的呼吸道防御屏障,加重感染,导致其病情更加复杂。出院后的延续性护理提高了患者的生活质量,缩短住院时间,减少焦虑症状发生,增加了患者的依从性,提高护理满意度,也可以有效的降低并发症的发生。因此,临床应根据患者的实际病情、身体状况等实时综合护理。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 杨帆,冯亚民,齐良刚.血清炎性指标与内毒素及sTREM-1在肺癌患者术后肺部感染中的临床意义[J].中华医院感染学杂志,2019,29(19):2916-2920.
YANG F, FENG Y M, QI L G. Clinical significance of serum inflammatory indicators, endotoxin and sTREM-1 levels in postoperative pulmonary infection of lung cancer patients[J]. Chin J Nosocomiology, 2019, 29(19): 2916-2920. (in Chinese)
- [2] 许丽琴,严虹,陈佛,等.多模式镇痛对肺癌患者术后肺部感染及肺功能的影响[J].中华医院感染学杂志,2019,29(9):1384-1387.
XU L Q, YAN H, CHEN F, et al. Influence of multimodal analgesia on postoperative pulmonary infection and lung function of lung cancer patients [J]. Chin J Nosocomiology, 2019, 29(9): 1384-1387. (in Chinese)
- [3] 张瑶,刘学军.慢性阻塞性肺疾病合并肺癌发病机制的研究进展[J].中华老年多器官疾病杂志,2022,21(1):76-80.
ZHANG Y, LIU X J. Research progress of pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease complicated with lung cancer[J]. Chin J Mult Organ Dis Elder, 2022, 21(1): 76-80. (in Chinese)
- [4] 张俊,罗湘玉,张立,等.多模式联合预防性镇痛对胸腔镜肺叶切除术术后快速康复的影响[J].湖北医药学院学报,2021,40(1):11-15.
ZHANG J, LUO X Y, ZHANG L, et al. The effect of multimodal analgesia combined with preventive analgesia on rapid recovery after thoracoscopic lobectomy[J]. J Hubei Univ Med, 2021, 40(1): 11-15. (in Chinese)
- [5] 朱艳,叶淑芳,曹卓,等.早期肠内营养对肺癌患者肺部感染血清炎症因子与HMGB1的影响[J].中华医院感染学杂志,2019,29(3):373-376.
ZHU Y, YE S F, CAO Z, et al. Effect of early enteral nutrition on serum inflammatory factors and HMGB1 levels in lung cancer patients with pulmonary infection[J]. Chin J Nosocomiology, 2019, 29(3): 373-376. (in Chinese)
- [6] 郎华,王芳宁.呼吸功能训练结合护理干预对慢性阻塞性肺气肿患者情绪及肺功能的影响分析[J].贵州医药,2019,43(2):325-326.
LANG H, WANG F N. Effect of respiratory function training combined with nursing intervention on mood and lung function of patients with chronic obstructive emphysema[J]. Guizhou Med J, 2019, 43(2): 325-326. (in Chinese)
- [7] 杨青,方利,孙长芳,等.气道湿化液在护理中的应用[J].中国实用护理杂志,2006,22(23):73-74.
YANG Q, FANG L, SUN C F, et al. Application of airway humidification liquid in nursing care[J]. Chin J Pract Nurs, 2006, 22(23): 73-74. (in Chinese)
- [8] 吴桂琼.口腔护理新进展[J].内科,2011,6(6):590-592.
WU G Q. New progress in oral nursing [J]. Intern Med China, 2011, 6(6): 590-592. (in Chinese)
- [9] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会难治性癌痛学组,中华医学会疼痛学分会癌痛学组,王昆.癌性爆发痛专家共识(2019年版)[J].中国肿瘤临床,2019,46(6):267-271.
- [10] 牟倩倩,李俊英.音乐疗法在癌症治疗中的应用进展[J].护理研究,2017,31(5):529-533.
MOU Q Q, LI J Y. Application progress on music therapy in cancer treatment [J]. Nurs Res China, 2017, 31(5): 529-533. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。