

DOI: 10.12209/CAIM202405300010

· 中西医结合临床案例 ·

1例重症肺炎合并慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的护理

马 莉

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结1例重症肺炎合并慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的护理, 针对其具体情况, 制定针对性护理方案、探讨并总结其护理要点, 包括监测生命体征、呼吸道护理、低血压护理、抗感染护理、营养支持、预防潜在并发症护理、心理护理及中医特色护理。经过积极对症治疗及有效护理后, 患者病情稳定, 生命体征平稳。

关键词: 重症肺炎; 慢性阻塞性肺疾病急性加重; 护理

Nursing care of a patient with severe pneumonia complicated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease

MA Li

(Department of Intensive Care Medicine, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing care of a patient with severe pneumonia complicated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Based on their specific situation, a targeted nursing plan is developed, and the nursing points are discussed and summarized, including monitoring vital signs, respiratory care, hypotension care, anti infection care, nutritional support, prevention of potential complications care, psychological care, and traditional Chinese medicine characteristic care. After active symptomatic treatment and effective nursing, the patient's condition stabilized and vital signs remained stable.

KEY WORDS: severe pneumonia; acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease; nursing

重症肺炎是由细菌、病毒或其他病原体引起的肺部严重感染, 表现为高热、咳嗽、呼吸困难等症状, 对患者的生命构成严重威胁^[1]。慢性阻塞性肺疾病则是一种慢性的、进行性的呼吸道疾病, 以持续的气流受限为特征, 常常导致患者咳嗽、咳痰、呼吸困难, 严重影响其生活质量^[2]。当慢性阻塞性肺疾病患者遭遇急性加重时, 其呼吸道症状会进一步恶化, 呼吸功能急剧下降, 这往往与感染有关, 尤其是与肺炎的关联尤为紧密。COPD患者由于长期的气道炎症和肺功能下降, 更容易受到感染的侵袭, 从而诱发肺炎; 当COPD患者发生肺炎时, 由于其已经受损的肺功能, 病情往往更为严重, 难以控制, 可能迅速进展为重症肺炎^[3]。因此, 针对重症肺炎合并慢性阻塞性肺疾病急性加

重的患者, 其护理和治疗显得尤为重要。本文以1例重症肺炎合并慢性阻塞性肺疾病急性加重患者为个案, 探讨护理干预对于患者的临床疗效和护理质量的影响, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般信息

患者男, 93岁, 主因“喘憋伴痰多2 h”于2024年04月08日14:39:20由急诊以重症肺炎收入院。现病史: 患者于2 h前突发喘憋, 痰多, 粘稠, 吸痰管不易吸出, 伴血压偏低, 最低达88/56 mm Hg, 精神差, 无咳嗽, 无发热寒战, 无腹痛腹泻, 急呼120就诊于我院急诊, 因患者气管切开状态, 需持续呼吸机辅助呼吸, 急诊以“重症肺炎、

收稿日期: 2024-05-30

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

呼吸衰竭”收入我科。既往史:既往“高血压病”病史 30 年余,最高可达 180/100 mm Hg。“冠状动脉性心脏病,心功能不全”病史 10 年余,平素未正规治疗。28 年前因“肝血管瘤”于外院行手术治疗(具体不详)。左上肺腺癌术后 20 年余,术后未行放化疗,定期复查,2017 年 07 月 10 日查 PET-CT 提示左肺上叶支气管断端、左肺下叶及背段支气管走行区及左胸膜区多发高代谢,考虑恶性(复发/转移?),右肺上叶多发软;组织结节,较大者代谢活跃,倾向恶性(多原发?),纵膈及右肺门高密度淋巴结,血基因检测阴性;2017 年 10 月 13 日服用凯美纳一个月后复查,右肺病灶明显缩小。自 2017 年 9 月至 2021 年 01 月,口服凯美纳,出现耐药,后改为安罗替尼口服 1 月,因不耐受停用,定期复查胸 CT,右肺多发结节,其中右肺上叶尖段病灶较前增大。2023 年 4 月,因 ARDS 收治呼吸科,呼吸衰竭加重气管插管及呼吸机辅助通气,后呼吸机依赖气管切开。陈旧性脑梗塞病史 10 年余,无明显后遗症。高脂血症 10 年余。腰椎骨性关节炎(重度)病史 6 年余,未系统治疗。重度骨质疏松 4 年余。2024 年 03 月 15 日于我科诊断急性脑梗死、癫痫。

1.2 体格检查

患者体温(T)36.1℃,脉搏(P)65 次/min,血压(BP)151/53 mm Hg,发育正常,营养良好,嗜睡状态,平车病房,自主体位,查体欠合作。

1.3 诊断

中医诊断:喘病,痰浊阻肺证。诊断依据:患者老年男性,素体亏虚,加之长期疾病消耗,出现脾肺功能失调所致;中医认为“脾为生痰之源、肺为贮痰之器”,中焦亏虚,脾失健运,则停湿生痰,痰湿犯肺,肺失宣降,致咳嗽痰多;湿浊内盛阻碍清阳,令胃气失和,则见食少难消、恶心呕吐、头晕心悸等;痰之本为湿,湿聚而停留则为水,湿不能气化则为饮,饮似痰而稀,可因气化不利而停滞,湿受气火之灼,可被煎灼变稠而为痰。舌苔白腻,脉濡细,亦为痰浊阻肺之征象。西医诊断:重症肺炎,慢性阻塞性肺疾病急性加重,慢性心功能不全急性加重。

1.4 治疗干预

患者入科后病情危重,给予抗感染、化痰,有创呼吸机辅助通气等治疗,改善循环灌注不足,予 200 mg 多巴胺+5% 葡萄糖注射液 30 mL 持续泵入升压,血压维持在 140~150/55~60 mm Hg,补

充琥珀酰明胶注射液 500 mL 静滴,间断充人血白蛋白,予米诺环素联合美罗培南 1g+0.9% 氯化钠注射液 50 mL,1 次/8 h,静脉泵入抗感染、肠内营养(SP),1 次/8 h,鼻饲泵入等营养支持等治疗。患者病情好转,给予脱机锻炼,改为无创呼吸机吸氧,予以耳穴压丸、穴位贴敷及中药治疗,改善呼吸系统疾病的肺气虚,改善肺部通气功能,通过活血化瘀的方式改善肺部血液循环等症状。患者入院后接受中西医结合治疗,患者的肺部感染情况好转,2024 年 5 月 5 日患者病情相对稳定,予患者办理转院。

2 护理

2.1 护理评估

营养风险筛查量表包括营养状况受损程度评分、疾病严重程度评分、年龄调整评分。评估总分 ≥ 3 分,即患者处于营养不良或营养风险,结合临床,需制定营养计划。该例患者 NRS-2002 量表评估筛查总分为 9 分,营养不良。采用压疮风险评估量表(Braden)评估患者压疮风险,该量表包含感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力及摩擦力和剪切力 6 个维度,总分为 6~23 分。9 分及其以下为极高危风险,10~12 分为高危风险,13~14 分为中危风险,15~16 分为低危风险。患者入院评分为 11 分,属高危风险。Morse 跌倒评分表是对跌倒/坠床危险因素进行评估的一种评估方法,评分大于 45 分为跌倒高风险,25~45 分为跌倒中风险,小于 25 分为跌倒低风险。本例患者入院评分为 50 分,属跌倒高风险。管路滑脱风险根据管理类型、年龄、意识、精神状态、活动、拔管史、管路固定方式、舒适度、疼痛、合作性方面评估,小于 8 分为低风险,8~12 分为中风险, >12 分为高风险。患者入院管路滑脱危险评分为 19 分,属高风险。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果如下:循环灌注不足与患者血压下降、感染性休克风险增加有关;清理呼吸道无效与痰液黏稠、咳嗽无力有关;存在 VAP 发生的潜在并发症;潜在的营养不良风险与长期疾病状态,营养摄入不足有关;存在管路滑脱的风险与患者烦躁有关。

2.3 护理目标

患者住院期间血压维持在正常水平,指导患者有效咳嗽,遵医嘱予患者抗感染及化痰药物,必

要时吸痰;住院期间未发生 VAP;早期予患者肠外营养,肠道恢复后及早予患者半流食,监测患者白蛋白、血红蛋白等指标;保持管路通畅在位,无脱出。

2.4 护理措施

2.4.1 监测生命体征

观察患者瞳孔变化、血压、心率、意识状态,定期听诊患者的肺呼吸音,同时观察胸部的起伏,看有无发生呼吸障碍;密切观察患者的生命体征、呼吸频率、氧饱和度等指标,定期检查病人的症状和体征,如发现患者呼吸急促、困难,唇部发绀,神志不清等。注意患者尿量、尿液 pH 值、唇部和四肢末端是否发绀等情况,一旦发现异常,立即向医师报告,采取相应的治疗措施。

2.4.2 呼吸道护理

①患者气管切开状态,持续呼吸机辅助通气。呼吸机辅助通气时(SPONT 模式,即 PS10 cmH₂O, PEEP6 cmH₂O, FiO₂45%),确定患者的吸氧浓度和时间,并监测血氧饱和度;做好各项管道固定,避免脱落移位^[4]。②清理呼吸道分泌物,避免因分泌物阻塞而导致呼吸困难。定期更换插管及周围敷料,保持插管及周围皮肤的清洁干燥。使用合适的喉罩、保持插管位置正确等,避免咽喉炎、声带炎的发生。③保持切口及周围皮肤的清洁干燥。密切关注患者的呼吸状态,每隔 10 min 测量体温和脉搏,如果出现呼吸困难、紫绀等症状,及时上报医生采取干预措施。④每日定时口腔护理,预防口腔病原菌所致的呼吸道感染;拔管及气囊放气前清除气囊上残留物;做好胸部物理治疗,翻身时不要牵拉导管。⑤制定排痰计划,定期帮助患者吸痰。为患者吸痰前先翻身叩背,用力均匀地拍打背部避开颈部,由下而上、由外向内;吸痰时动作轻柔,严格无菌操作,吸痰时间每次不超过 15 s 为宜。

2.4.3 低血压护理

患者血压低,最低达 88/56 mm Hg,考虑感染性休克不除外,予多巴胺持续泵入升压,开始时按每分钟 1~5 ug/kg 的剂量给予,后根据血压反应逐渐增加剂量,使用多巴胺时,应密切监测患者血压、心率等生命体征的变化,以及是否有心律失常、头痛等不良反应。补充胶体提高血容量,改善血压状况。低血压患者血液循环较差,肢端容易出现缺血、缺氧的情况。因此,保持患者肢端的温暖,使用热水袋、电热毯等保暖措施。

2.4.4 抗感染护理

患者患有重症肺炎,予米诺环素联合美罗培南抗感染,确保给药时间、剂量和给药途径准确无误。密切观察患者对药物的反应,每 2 h 测量 1 次体温,根据患者病情。同时,协助患者保持皮肤清洁,及时更换汗液浸湿的衣被,保持床单位的清洁干燥,做好皮肤护理,予患者温水擦拭,提高其生理舒适度,医护人员和家属严格遵守手卫生规范,勤洗手及使用速干手消毒剂进行消毒。减少人员探视,病室内开窗通风,2 次/d, 30 min/次,减少病室病原体数量,降低感染风险。

2.4.5 营养支持

患者营养评分为 9 分,存在有营养不良的风险,予肠内营养(SP)鼻饲泵入营养支持治疗鼻饲过程中,协助患者调整至半卧位,减少反流和误吸的风险。每日进行口腔护理,保持口腔清洁,预防口腔感染。每日清洁鼻饲管周围的皮肤,保持干燥,定期更换鼻饲管,防止感染。密切观察患者鼻饲后的反应,如恶心、呕吐、腹胀等,如有异常及时报告医生处理。患者病情允许的情况下,逐步增加患者的食量和营养摄入,以满足其营养需求。

2.4.6 心理护理

患者除生理上的痛苦,还承受着巨大的心理压力,因此,为患者提供心理护理是十分重要。患者治疗期间,通常存在不稳定、恐惧、焦虑和不安等负面情绪,保持亲切和耐心的态度,让患者感到安心和舒适,且在治疗过程中,与患者建立良好的沟通渠道,了解他们的需求和担忧,耐心倾听患者的诉说,解答疑问,使其感受到被关心和支持。

2.4.7 中医特色护理

2.4.7.1 耳穴压丸

耳穴压丸治以化痰平喘,取平喘、下屏尖、肺、神门、皮质下、下脚端穴位,耳穴压丸治疗 1 次/d。在选定的穴位上,使用适当的耳穴压丸(王不留行籽)贴于小块胶布中央。对准相应耳穴贴紧并稍加压力,使患者感到酸麻胀或发热。每日贴后,患者自行按压 3 次,10~20 下/次,以产生酸、麻、痛、热的感觉^[5]。

2.4.7.2 穴位贴敷

患者气管切开、痰多,予穴位贴敷,治以温经散寒,理气化痰,取肺、膏肓、定喘、膻中穴位。在选定的穴位上,使用具有温经散寒、理气化痰功效的药膏或药物贴敷。贴敷时间通常为 4~6 h,根据患者的具体情况和反应,适当调整贴敷

时间^[6-7]。

2.4.7.3 方药二陈汤和三子养亲汤加减

二陈汤由《千金方》温胆汤蜕变而来,原书载其主治“痰饮为患,或呕吐恶心,或头眩心悸,或中脘不快,或发为寒热,或因食生冷而脾胃不和”,本方既是治疗痰湿的主要方剂,又是调理中焦之圣剂。具体方药包括半夏 15 g,苏子 9 g,陈皮 15 g,白芥子 9 g,白茯苓 9 g,莱菔子 9 g,炙甘草 5 g,生姜 7 片,乌梅 1 个,水煎服,2 次/d。口服中药应遵医嘱用药,不得增减药物剂量或更换药物种类^[8],观察药物反应,注意饮食禁忌与适宜食物,一般来说,辛辣、油腻、生冷刺激食物可能影响药效,应尽量避免。适当摄入具有滋补作用的食物。长期服用中药的患者应注意肝肾功能异常等。

2.5 护理评价

患者的血压得到稳定,循环灌注不足的情况得到改善;患者的痰液黏稠度得到改善,咳嗽能力增强;患者住院期间未发生 VAP;患者的营养摄入得到保证,营养状态有所改善;患者住院期间未发生管路滑脱的风险。

3 结果与随访

患者已于 2024 年 5 月 5 日出院,出院 3 d 后随访患者情况,患者精神状态良好,可自主咳痰,积极配合康复中,患者家属对治疗效果及护理工作均表示满意,现患者生命体征平稳,定期随访。

4 讨论

本例老年患者通过抗感染、营养支持,机械辅助通气等一系列对症治疗,联合有效的护理干预措施,有创—无创氧疗^[9-10]和呼吸康复^[11]治疗,纠正低氧及改善二氧化碳潴留,降低呼吸频率和减轻呼吸困难程度,缓解呼吸肌疲劳,减轻患者痛苦。患者病情得到有效控制,肺炎症状缓解,肺功能有所提高,无并发症发生,由此可见,严密观察患者病情变化,早期肠内营养支持,加强气道和管路管理,做好皮肤护理,加强心理护理等这些有效的护理干预措施,可以有效减少并发症发生风险,促进患者康复,同时也有助于提高护理质量和水平。

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] 朱玲莉,陶彤,樊佳鑫.整体护理对老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者肺功能及压力性损伤的影响[J].现代中西医结合杂志,2023,32(19):2760-2763.
ZHU L L, TAO T, FAN J X. Effect of holistic nursing on lung function and stress injury in elderly patients with severe pneumonia complicated with respiratory failure [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2023, 32(19): 2760-2763. (in Chinese)
- [2] 冯贞贞,何雯青,谢洋,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候疗效评价量表初步研制[J].中国中西医结合杂志,2023,43(5):564-571.
FENG Z Z, HE W Q, XIE Y, et al. Preliminary development of syndrome therapeutic evaluation scale of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2023, 43(5): 564-571. (in Chinese)
- [3] 董洪珍,张伟.合并慢性阻塞性肺疾病对重症肺炎死亡率的影响以及重症肺炎中医证型分布特点分析[J].广州中医药大学学报,2023,40(10):2417-2423.
DONG H Z, ZHANG W. Effect of the complication of chronic obstructive pulmonary disease on mortality in severe pneumonia and analysis of the distribution of traditional Chinese medicine syndrome types in severe pneumonia [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2023, 40(10): 2417-2423. (in Chinese)
- [4] 杨晓燕.无创呼吸机用于老年重症肺炎合并呼吸衰竭治疗的体会及效果分析[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2022,8(1):66-68.
YANG X Y. Experience and effect analysis of noninvasive ventilator for treatment of severe pneumonia complicated with respiratory failure in elderly patients [J]. 1, 2022, 8(1): 66-68. Chinese in [5] 李楠,康健,张小静.耳穴压丸联合精细化护理缓解 COPD 咳嗽症状的作用[J].特别健康,2020(24):190.
LI N, KANG J, ZHANG X J. Effect of auricular pressure pill combined with fine nursing on relieving cough symptoms of COPD [J]. Special Health, 2020(24): 190. (in Chinese)
- [6] 杜琳琳,郭凤娟.穴位贴敷联合中医护理措施对慢阻肺急性发作期患者的干预效果[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022,8(2):78-81.
DU L L, GUO F J. Effect of acupoint application combined with nursing measures of traditional Chinese medicine on patients with acute attack of COPD [J]. 1, 2022, 8(2): 78-81. (in Chinese)

- [7] 滕娟, 杨芳, 韩艳秋, 等. 穴位贴敷联合耳穴压豆对病毒性肺炎患者咳喘的护理效果[J]. 国际护理学杂志, 2024, 43(10): 1773–1776.
TENG J, YANG F, HAN Y Q, et al. Nursing effect of acupoint application combined with auricular point pressing bean on cough and asthma in patients with viral pneumonia [J]. *Int J Nurs*, 2024, 43 (10): 1773–1776. (in Chinese)
- [8] 王晓锦, 李争, 李凤森. 中药汤剂治疗成人重症肺炎疗效的网状 Meta 分析[J]. 海南医学院学报, 2024, 30(13): 1002–1018.
WANG X J, LI Z, LI F S. Network meta? analysis of the efficacy of Chinese herbal decoction in the treatment of adult severe pneumonia [J]. *J Hainan Med Univ*, 2024, 30(13): 1002–1018. (in Chinese)
- [9] 黄艳辉. 有创-无创序贯机械通气治疗 ICU 重症肺炎合并呼吸衰竭的效果观察[J]. 甘肃医药, 2022, 41(6): 517–518, 524.
HUANG Y H. Effect of invasive noninvasive sequential mechanical ventilation on severe pneumonia complicated with respiratory failure in ICU [J]. *Gansu Med J*, 2022, 41 (6): 517–518, 524. (in Chinese)
- [10] 李丽, 丁伟超, 周冉冉, 等. 有创机械通气治疗时机对重症肺炎合并呼吸衰竭患者炎症因子及预后的影响[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2023, 18(12): 1602–1605.
LI L, DING W C, ZHOU R R, et al. The effect of invasive mechanical ventilation treatment timing on inflammatory factors and prognosis in patients with severe pneumonia combined with respiratory failure [J]. *China J Emerg Resusc Disaster Med*, 2023, 18 (12): 1602–1605. (in Chinese)
- [11] 孙焱辉. 早期综合肺康复对重症肺炎机械通气患者呼吸功能的影响[D]. 南宁: 广西医科大学, 2020.

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。