

·专科护理·

肺心病并发上消化道出血的护理

蔡焕英, 鲁劲松

(山东省立医院, 山东 济南 250021)

上消化道出血是慢性肺源性心脏病(肺心病)常见的并发症和死亡的主要原因。1996年1月至1999年9月我院共收治肺心病206例,其中并发上消化道出血30例,发生率为14.56%,抢救成功16例,成功率为53.33%,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

30例患者中男18例,女12例,55~72岁,其基础病有慢性支气管炎、肺气肿20例,支气管扩张6例,肺结核4例,病史10~30年。大出血2例,中等量出血12例,小量出血16例。大出血患者均给予多次输血治疗。患者中26例采用BIPAP呼吸机辅助机械通气。30例均给予止血药,胃粘膜保护剂抗生素控制感染及抗心衰治疗。1例大出血,4例中量出血,11例小量出血均治疗成功,病情稳定出院。

2 症状观察

2.1 上消化道出血 观察呕血、便血情况,并记录其性质及量,观察皮下及其他系统有无出血倾向,如皮肤粘膜有无瘀斑、斑点,及时进行粪便隐血试验和有关凝血机制检查,以便早期发现DIC,早期治疗。

2.2 咳嗽、咳痰 观察痰液,合并感染者痰由粘液性转为脓性,量增多且呈绿黄色。应密切观察有无绿脓杆菌感染,定期检查痰涂片和细菌培养,以便选择适宜的抗生素。

2.3 有无呼吸衰竭 由于缺氧和二氧化碳潴留,患者出现紫绀,疲乏,心悸,头痛,烦躁不安,无意识动作,谵妄,抽搐,严重者嗜睡甚至昏迷,二氧化碳明显潴留者,浅静脉扩张,皮肤湿润,潮红,脉搏洪大有力,面部肌肉微颤,四肢间歇抽动,瞳孔扩

大或缩小,对光反应迟钝或消失。

2.4 有无心力衰竭 患者表现为呼吸困难、少尿、食欲不振、腹胀、恶心、呕吐。

3 护理

3.1 对肺心病并发上消化道大出血及中等量出血患者的护理 定时测血压,观察血压变化,以防发生失血性休克,备好全血及抢救物品,如吸痰器、呼吸机、气管切开包等,以备急用。

3.2 做好心理护理 肺心病并发上消化道出血的患者多表现为烦躁不安,精神紧张,甚至神志改变,如果长期心理应激可使胃粘膜损害因素增强或粘膜保护因素削弱。因此,护士应守护床旁安慰患者,以消除其恐惧情绪,必要时加床档,以防坠床。

3.3 保持呼吸道通畅 患者取平卧位,头偏向一侧,防止消化道出血返流吸入气道。护士定期协助患者翻身、拍背,以利于咳出呼吸道内的痰液或吸入气道的血液。备好吸痰器,必要时吸出气道中的液体,以保持呼吸道通畅。吸引时动作宜轻柔、迅速,吸引时间10~15s/次,吸力<53.3kPa。

3.4 饮食调护

3.4.1 出血活动期的护理 大出血(>1000ml)或中等量出血(400~1000ml)应绝对禁食,为防止呕吐物吸入呼吸道,均插胃管,尽量抽出胃内容物,减少胃酸刺激,并了解出血情况,注入冰盐水或去甲肾上腺素(8mg加NS100ml),每4~6h1次。小量出血(<400ml)可进少量冰牛奶及高维生素、低脂、中性或偏碱性流质饮食,缓冲胃液中的酸性,减少胃粘膜刺激促进胃排空。

3.4.2 出血灶愈合期的护理 是指出血停止到出血灶初步愈合时期,由于

消化道粘膜水肿、营养不良,出血灶愈合较慢,因此,除静脉营养支持疗法外,应加强饮食营养,少食多餐,适量进高营养流质饮食,如患者神志清醒,可拔出胃管,减少异物刺激。

3.4.3 出血灶恢复期的护理 出血停止4~7d后,整个消化道粘膜脆弱,稍受刺激易再出血,此期忌进酸、冷、硬食物,切勿过饱,以进营养丰富,易消化吸收的流质或半流质饮食为佳。

3.5 氧疗 采用持续低流量吸氧,氧流量为1~2L/min,因肺心病并发上消化道出血的患者缺氧、二氧化碳潴留,二氧化碳对呼吸中枢有抑制作用,此时主要靠缺氧刺激主动脉体、颈动脉窦外周化学感受器,反射性地维持呼吸。此时如高流量吸氧,对外周化学感受器刺激解除,呼吸变浅变慢,如间断吸氧,血氧上升不稳定,故应持续低流量吸氧。护士应向患者及家属做好解释工作,以防擅自调节氧流量或停止吸氧。在氧疗过程中护士应密切观察疗效,同时观察患者有无神志改变、心率减慢、紫绀减轻等,并定时测SaO₂。

3.6 加强机械通气的护理 本组26例患者采用BIPAP呼吸机辅助机械通气,疗效显著。BIPAP呼吸机具有无创伤性的优点,通过鼻或面罩输氧,可改善肺泡的通气功能,减少呼吸肌的疲劳。患者在通气期间应全身放松,平静呼吸,自我感觉呼吸机的输气与放气,尽可能主动配合机械通气,减少矛盾通气。开始应用呼吸机时呼吸频率应低于患者的自主呼吸频率,以助患者的呼吸触发呼吸机同步呼吸,且应用较低的驱动压,以减少不适,待患者习惯呼吸机后再逐渐增加压力至患者可接受的上限值。清醒患者可采用间歇通气法,每日2~4次,每次

4h。神志不清者可采用持续机械通气。注意观察疗效,根据化验值及时调整呼吸机参数。

3.7 呼吸道湿化 氧气进入呼吸道后,可降低气道内饱和蒸气压,增加痰粘度,使排痰困难,气道不通畅。最好的方法是使氧气通过盛有开水的暖瓶,加湿雾化以稀释痰液,容易排痰。保持室内恒定的温度和湿度,保持体液平衡,室内可使用加湿器和空气净化,亦可将 NS 20ml 加 α -糜蛋白酶 1 500U 加庆大霉素 8 万 U,每日 2 次雾化吸入,每次 20min。嘱患者做深呼吸、深吸气,使水分和药物能慢且深地吸入到远端终末支气管,湿化气道,促进痰液排出及发挥药物的治疗作用。

3.8 药物治疗护理

3.8.1 输液护理 严重失血性休克,补充血容量应适当加快,心肺功能不全、肺性脑病患者输液速度宜慢。心衰、浮肿、休克、呼衰和肺脑患者及长期应用利尿剂的患者,要准确记录 24h 出入量。

3.8.2 早期足量静脉应用有效抗生素 药物现用现配,根据半衰期合理安排给药时间,以保持 24h 血药浓度,同时严格无菌操作。

3.8.3 避免使用对胃粘膜损伤的药物 如非甾体类药物 (NSAID)、利血平、皮质激素等,因此类药物主要对上皮细胞有局部刺激作用和抑制前列

腺素合成,可诱发消化性溃疡出血。

3.8.4 强心剂的应用 由于存在慢性缺氧及感染,患者对洋地黄类药物耐受性低,疗效较差,且易发生心律失常,因而强心剂使用剂量宜小,一般为常规量的 1/2 或 2/3,同时选用作用快,排泄快的强心剂,如毒毛花甙 K、毛花甙 C 加入高渗糖缓慢静脉推注,并密切观察心率、心律的变化。

3.8.5 利尿剂的应用 利尿剂有减少血容量,减轻右心负荷,消除浮肿的作用,原则上选作用轻、小剂量利尿剂。应用利尿剂后易出现低钾、低氯性碱中毒,痰液粘稠不易排出,需注意预防。

4 讨论

上消化道出血是肺心病的严重并发症之一,病死率极高,是肺心病主要死因之一,其发生可能与下列因素有关:(1)慢性肺源性心脏病患者存在长期慢性缺氧与二氧化碳潴留,在呼吸性酸中毒时,胃壁细胞碳酸酐酶兴奋,胃酸增加。缺氧时,因胃肠壁血管收缩,造成组织损伤,致胃粘膜发生充血水肿、渗出、糜烂、溃疡等病变,两者均可造成消化道出血;(2)呼吸衰竭时体内组胺,5-羟色胺等物质均增高,利于急性胃粘膜病变的发生;(3)糖皮质激素、口服氨茶碱、退热剂、氯化钾均可刺激胃粘膜而发生出血。

因此,对肺心病患者要迅速改善

通气,纠正缺氧、酸中毒及心肺功能不全,严格掌握糖皮质激素的应用指征,少用或不用对胃有刺激的药物,注意饮食调护,密切观察病情变化,防止上消化道出血的发生。

5 健康教育

(1)指导患者避免食用过冷、过热、油炸、辛辣等刺激性食物,以及酒类、浓茶、咖啡等,做到定时定量进食,养成良好的饮食习惯;(2)吸烟是延缓胃溃疡愈合和复发的肯定因素,指导患者戒烟;(3)加强体育锻炼,提高机体抵抗力,注意保暖,以防感冒;(4)调节室内空气,保持新鲜和一定的湿度;(5)流感流行期间,经常利用日光晒被褥、枕头,用食醋消毒空气,按住房间用 2~10ml/m³ 食醋每日熏蒸 1h。

参考文献

- [1] 陈盛才,王廷杰,等.肺心病并发上消化道出血 24 例治疗体会 [J].中原医刊,1998,25(3):37
- [2] 刘亦红.消化性溃疡出血诱因调查及护理体会 [J].齐鲁护理杂志,2000,6(4):275
- [3] 瞿青云.无创机械通气治疗 COPD 呼吸衰竭患者的护理 [J].齐鲁护理杂志,1999,5(6):35

(收稿日期 2000-11-09)

颅脑损伤高压氧治疗的护理体会

朱秀芳

(大丰市人民医院,江苏 大丰 224100)

1992 年 9 月至 1999 年 8 月我院对颅脑损伤 164 例用高压氧治疗,有效率 91.46%,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 164 例为实验组,其中男 126 例,女 38 例,22~70 岁。交通事故伤 128 例,跌伤 22 例,打伤 14 例,均经 CT 确诊。同期收治颅脑损伤

125 例为对照组,两组性别、年龄、致伤原因及颅脑损伤类型差异无显著性。

1.2 治疗方法 两组患者入院后,均先行脱水补液、止血、抗感染及应用激素等综合治疗。有手术指征者行急诊手术。实验组患者待生命体征稳定,能搬动后即可进行高压氧治疗,每日 1 次,每次 1h,10 次为 1 疗程,疗程连

续或间隔 3~5d,治疗 1~3 个疗程。

1.3 结果 实验组痊愈(自觉症状消失,肢体运动功能恢复正常)44 例,占 26.83%;显效(症状、体征明显好转,偏瘫、失语、精神障碍症状明显改善)81 例,占 49.39%;有效(部分症状、体征减轻)25 例,占 15.24%;无效(症状、体征与治疗前无明显改