

毛细支气管炎护理



毛细支气管炎

- 查 1、掌握毛细支气管炎疾病相关知识
房 2、规范毛细支气管炎护理标准流程
目 3、规范儿科雾化吸入的标准操作
标 4、规范儿科拍背排痰的标准操作
5、规范毛细支气管炎的病情



概述

- 毛细支气管炎是婴幼儿时期由呼吸道合胞病毒等多种病毒感染引起的，病变主要累及毛细支气管，临床以骤发喘憋和阻塞性肺气肿为特征的下呼吸道感染性疾病。



□ 发病季节：

我国北方多发生于冬季和初春，广东、广西则以春夏或夏秋为多

好发年龄：

主要是2岁以内婴儿，发病高峰年龄为2—6个月，80%以上在1岁以内。发病率男女相似，但男婴重症较多



病原学

- 呼吸道合胞病毒是常见的病原体，占**50%**以上
- 副流感病毒、流感病毒、人类偏肺病毒、腺病毒、鼻病毒亦为病原体。
- 支原体、衣原体等病原体引起毛支等有上升趋势。
- 两种病毒或混合感染致毛支的可能性存在



流行病学

- ❑ **RSV**等通过飞沫或社区感染的呼吸道分泌物传播。
- ❑ 有明显季节性，我国北方冬季和初春发病率升高，南方则以春夏或夏秋为多。
- ❑ 多为散发，亦可流行。

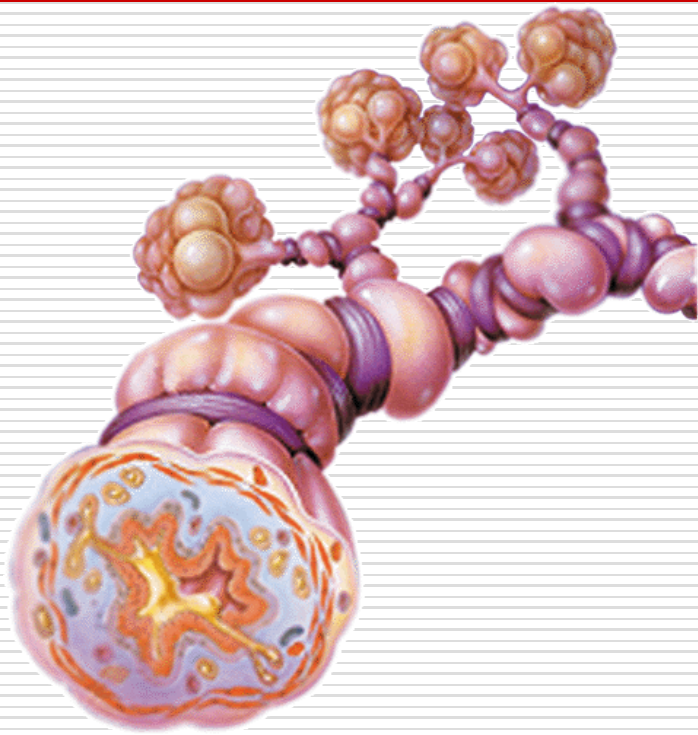


病理

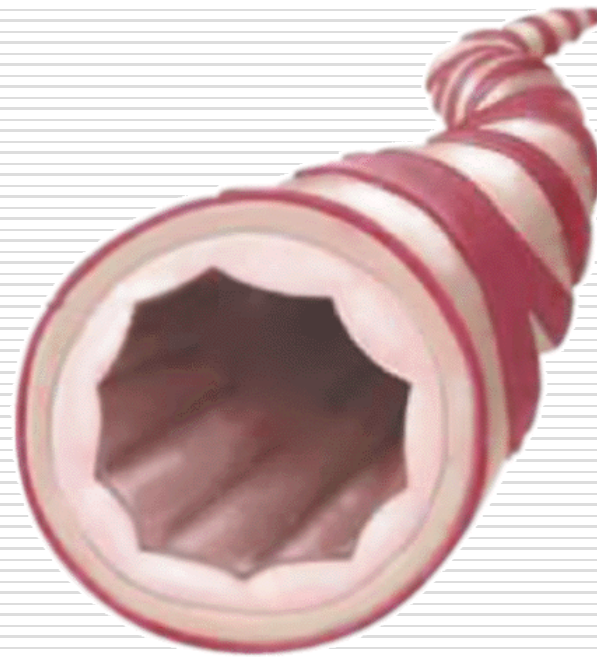
- 病变损害主要累及**毛细支气管**，引起管壁水肿、增厚，管壁及管周淋巴细胞浸润，纤毛柱状细胞和上皮细胞坏死，气管腺体增生，**黏液分泌增多**，分泌物排出困难，与坏死脱落的细胞及炎症细胞形成痰栓，导致毛细支气管不同程度的阻塞。因通气障碍、肺泡弥散功能障碍及肺内分流，导致不同程度的**缺氧**而引起一系列病理生理改变。



毛细支气管炎小气道病理改变



毛细支气管炎时
小气道被阻塞



正常小气道

疾病特点

- 1、2岁以内发病，多发生于6个月以内的婴儿。
- 2、急性发作性喘憋和肺部哮鸣音为本病的特点，发病常见有上呼吸道感染表现。
- 3、发作时烦躁不安，呼吸、心率增快，鼻扇，三凹征，可出现发绀、面色苍白，发热或不发热；双肺听诊广泛哮鸣音，喘憋缓解时可听到中、细湿啰音或捻发音。
- 4、X线检查出现不同程度的肺气肿或肺不张和炎症征象。



临床表现

- 持续性干咳和发作性喘憋，咳嗽与喘憋同时发生为本病特点。
- 呼吸快而浅，**60-80**次/分，脉快而细。
- 鼻翼扇动，三凹征，呼气性呼吸困难，胸部叩诊为鼓音，呼气相延长，伴呼气性喘鸣；
- 肺气肿，可合并脱水，呼吸衰竭，心力衰竭等



病情严重程度分级

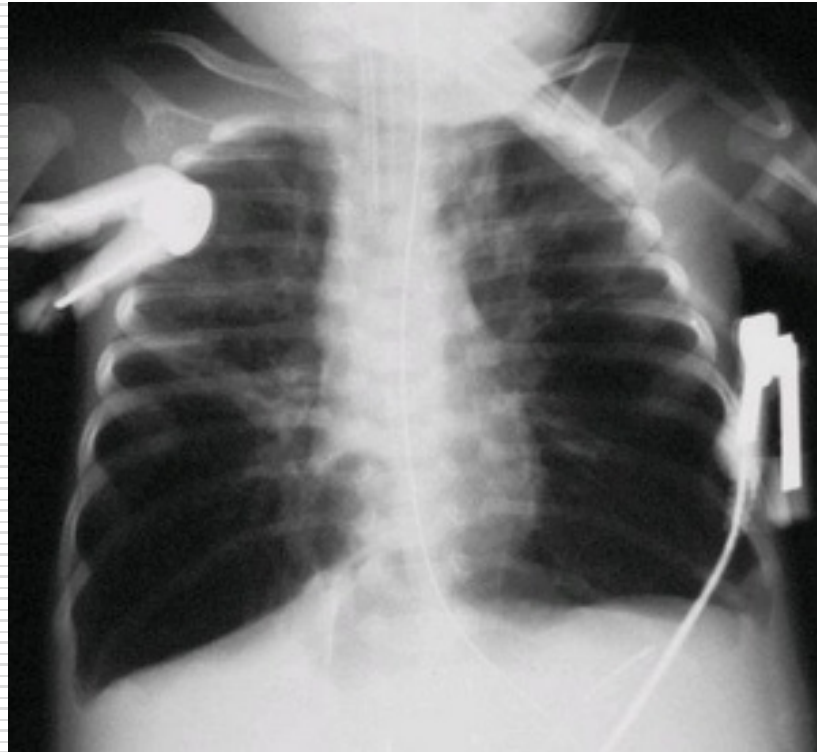
项目	轻度	中度	重度
喂养量	正常	下降至正常的一半	下降至正常的一半以上或拒食
呼吸频率	正常或者稍快	>60次/min	>70次/min
胸壁吸气性三凹症	轻度（无）	中度（肋间隙凹陷较明显）	重度（肋间隙凹陷极明显）
鼻翼扇动或呻吟	无	无	有
血氧饱和度	>92%	88%— 92%	<88%
精神状态	正常	轻度或间断烦躁、易激怒	极度烦躁不安、嗜睡、昏迷

□ 注：中、重度毛细支气管炎判断标准为存在其中任何**1**项即可判定。

辅助检查

□ 实验室检查:

- 1、白细胞及分类多在正常范围。
 - 2、血气分析可有低氧血症、**CO₂**潴留、代谢性酸中毒。
 - 3、**ELISA**（酶联免疫吸附实验）法等进行病毒学检测。
 - 4、痰培养
 - 5、**X**线检查：不同程度的梗阻性肺气肿或肺不张，也可见支气管周围炎及肺纹理增粗
-



治疗原则

- 以对症治疗为主，保持呼吸道通畅，改善肺部循环，防止并发症的发生。



(一) 一般治疗

- 1、环境清洁、空气新鲜，有利于呼吸道分泌物的清除。
- 2、抬高严重喘憋患儿的头部及胸部，以减轻呼吸困难。
- 3、烦躁可加重缺氧，操作集中执行减少对患儿刺激，必要时使用镇静药。
- 4、注意维持足够的热量以及各种营养素的补充。
- 5、多次口服补液以补充因快速呼吸而丢失的水分，不足时可用静脉滴注液体、但液体过多会加重气道阻塞。



(二) 纠正缺氧

- 在本病的治疗中至关重要。所有患儿都有低氧血症，要求氧疗后患儿 PaO_2 维持在 $9.30\sim 12.0\text{kPa}$ ($70\sim 90\text{mmHg}$)，以改善通气/血流灌注比的异常。一般使用 $30\%\sim 40\%$ 浓度的氧即可纠正低氧血症。
- 氧流量：婴幼儿： $2\sim 4\text{L}/\text{min}$
- $\text{FiO}_2 = (21 + \text{氧流量L} \times 4) \%$



（三）保持呼吸道通畅

- 定时翻身排背，雾化吸入、吸痰，清除痰液保持呼吸道通畅。
- 应用盐酸肾上腺素，鉴别气道高敏反应：阳性反应使用糖皮质激素雾化吸入；阴性反应是以感染为主。



（四）解痉平喘

- 在喘憋发作期间，可应用支气管舒张剂雾化吸入。（细辛脑、硫酸沙丁胺醇、丙酸倍氯米松）



（五）病原学治疗

- ❑ **病毒唑或利巴韦林**：对RSV有抑制作用，可用10mg/kg·d静脉滴注，或10~15mg/kg·d雾化吸入，每日2次，5~7天为一疗程。
- ❑ **干扰素**：每次20万~100万U，qd，连续肌注6次，对缩短病程有明显效果。
- ❑ 如合并细菌感染，可适当选用抗生素治疗



(六) 免疫治疗

- 免疫球蛋白：每次300~500mg/kg，每日1次，3~5日为1疗程。

治疗毛支的机理是：迅速提高血清IgG补充大量中和抗体，加速呼吸道病毒消除效应，提高氧分压。

抑制细胞因子L-6、L-8的产生。从而减轻机体炎症性损伤。

具有免疫调控作用，增强免疫功能，促进低下的免疫功能恢复正常。

用法：200—400mg/kg，
静脉滴注1—2天。



预防并发症的发生

心力衰竭、呼吸衰竭：

合理应用立其丁、多巴胺改善肺微循环，降低心脏负荷，增加氧合，防止心衰、呼衰发生。

预后

毛细支气管炎的愈后多数是良好的，病程一般为**5天~9天**。但应注意的是，患过毛细气管炎的小儿日后容易患哮喘，通过全国小儿哮喘的流行病学调查和对婴幼儿毛细支气管炎患儿的追踪随访，发现其中有**20%~40%**的患儿以后发展居为小儿哮喘，因此，要积极防治毛细支气管炎，以减少哮喘的发生。



案例分析

姓名：江昕蕊 性别：女 年龄：三月

病史：于5天前出现咳嗽，为阵发性咳嗽，有喘吼，无发热，抽搐，无恶心等不适。于2017年2月18日门诊以“毛细支气管炎”入院。

查体：T36.6℃，HR：128次/分 R44次/分 体重：7KG；入院时患儿阵发性咳喘，呼吸稍急促，精神吃奶欠佳，大小便正常。



辅助检查

血常规:

白细胞: $14.15 \times 10^9/L$

淋巴细胞百分比65.0%

红细胞: $3.78 \times 10^{12}/L$

血小板: $566 \times 10^9/L$

血红蛋白: 107g/L

中性粒细胞百分比: 23.7%

超敏C反应蛋白: 5.12mg/l

降解素元: 0.53ng/ml

EB病毒 (+)

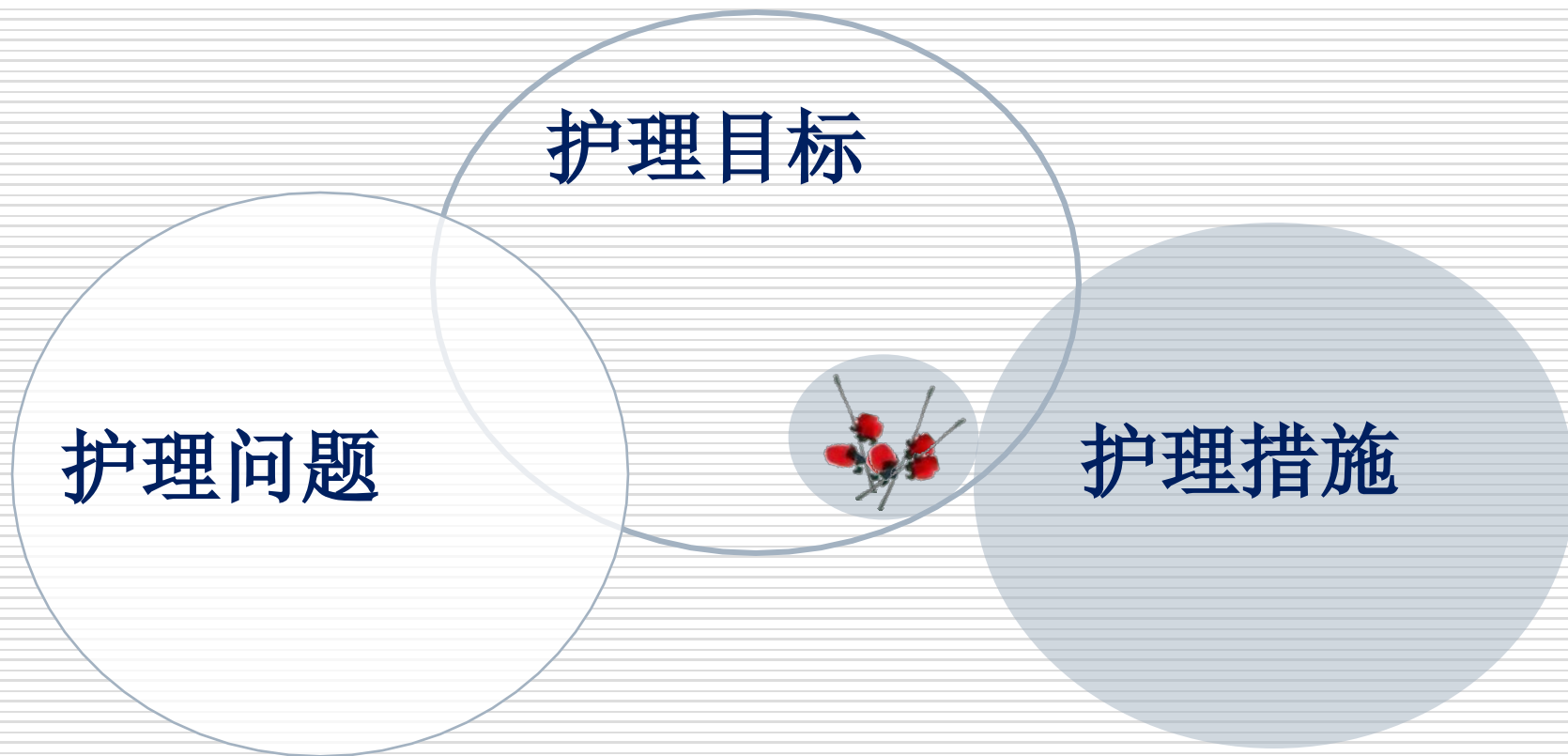
胸片提示: 右下肺感染性病变



病情动态、治疗、护理

日期	简要病情	治疗护理要点	用药	主要作用
2.18 10:19	T:36.4℃, HR:128, R:44次/分, 阵发性咳嗽伴喘吼, 呼吸稍快, 有痰不易咳出,	入院宣教, 完善相关检查, 抗炎平喘改善循环等对症处理, 告病重。雾化后吸痰Bid.	喜炎平、硫酸沙丁胺醇气雾剂、丙酸倍氯米松气雾剂、细辛脑雾化	解痉平喘、化痰、抗病毒
2、18 23:00	患儿咳喘加重, 呼吸困难 R:52次/分	雾化后吸痰, 氧气吸入2L/分	罗氏芬, 甲泼尼龙琥珀酸钠	抗感染
2、19 08:00	患儿咳喘加重, 呼吸困难, 可见轻度吸气三凹症, 有痰不易咳出 R:60次/分	雾化后吸痰日三次, 告病危		保持呼吸道通畅
2、21 10:00	患儿咳喘好转, 呼吸较前好转 R:50次/分	停氧气吸入、雾化后吸痰日三次、	人免疫丙种球蛋白	减轻机体炎性反应, 加强机体免疫力
2、24 10:00	咳嗽好转, 无喘吼, 呼吸平稳 R:46次/分	停病危告病重, EB病毒(+)	停甲泼尼龙琥珀酸钠改为更昔洛韦日两次	抗病毒
2、25 10:00	患儿微咳, 无喘吼, 呼吸平稳 R:36次/分	复查血常规: 提示感染好转	加用丙球	巩固治疗
2.27 10:00	无明显咳嗽, 听诊可闻及少许痰鸣音	停雾化吸痰		
3.01 08:00	患儿无发热、咳喘, 大小便正常	病情恢复出院		

毛细支气管炎护理



护理诊断/问题

- 1、低效型呼吸形态：与支气管痉挛有关
 - 2、清理呼吸道低效：与呼吸道分泌物过多，年幼不会有效咳嗽有关
 - 3、有窒息的危险：与呼吸道分泌物多，纤毛运动功能相对下降有关。
 - 4、潜在并发症：心力衰竭、呼吸衰竭等
 - 5、知识缺乏：与家属缺乏预防毛细支气管炎相关知识有关
-

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/338007051133006100>