

呼吸衰竭病人的护理



一、呼吸衰竭的分类

二、呼吸衰竭的病因

三、呼吸衰竭病人的护理评估

四、呼吸衰竭病人的护理诊断与护理目标

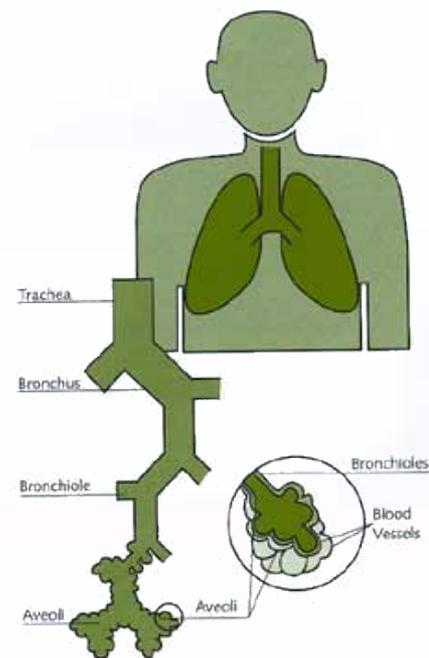
五、呼吸衰竭病人的护理措施

六、呼吸衰竭病人的健康教育



概念

呼吸衰竭：各种原因引起肺通气和（或）换气功能障碍，不能进行有效的气体交换，造成机体缺氧伴（或不伴）二氧化碳潴留，因而产生一系列病理生理改变的临床综合征，称为呼吸衰竭。



分类

主要按动脉血气分析：

I 型呼衰：仅有缺氧，无二氧化碳潴留

$PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ， $PaCO_2$ 降低或正常

见于换气通气功能障碍

II 型呼衰：既有缺氧，又有 CO_2 潴留

$PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ， $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$

系肺泡通气不足所致

按发病急缓分类：急性呼衰、慢性呼衰

呼吸衰竭的病因

参与肺通气和肺换气的任何一个环节的严重病变，也都导致呼吸衰竭，包括：

- ①气道阻塞性疾病如慢阻肺、严重哮喘等
- ②肺组织病变如肺结核、肺水肿等
- ③肺血管疾病如肺栓塞
- ④胸廓与胸膜病变如胸廓畸形、气胸等
- ⑤神经肌肉病变如高位胸段无力、重症肌无力等



呼吸衰竭的发病机制

低氧血症和高碳酸血症的发生机制

- a肺通气不足
- b弥散障碍
- c通气/血流比例失调
- d肺内动-静脉解剖分流增加



护理评估

症状和身体评估 呼吸衰竭的临床症状除原发病表现外，主要缺氧和二氧化碳潴留所引起的多脏器功能紊乱的临床综合征。

1) 呼吸困难：患者感到胸闷、憋气、呼吸费力。

2) 紫绀：缺氧典型表现。动脉血氧饱和度低于85%时，可在血流量较大、皮肤较薄的口唇、指甲等部位看到青紫色。



护理评估

呼吸困难表现为：

呼吸频率、节律，呼气浓度改变和三凹征。

中枢性呼吸衰竭主要表现为：

潮式、间歇或抽泣样呼吸；

中枢神经药物中毒时：

呼吸常均匀而缓慢，表情淡漠或昏睡；

呼吸器官病变引起的周围性呼吸衰竭：

多伴呼吸劳累、辅助呼吸肌活动加强，出现点头或提肩呼吸：发生二氧化碳麻醉时，可呈浅慢或潮式呼吸。



护理评估

三凹征：是指呼吸极度困难，辅助呼吸肌如胸部及腹部的肌肉都强力运动以辅助呼吸活动，此时虽企图以扩张胸廓来增加吸气量，但因肺部气体吸入困难，不能扩张，致使在吸气时可见**胸骨上窝**、**两侧锁骨上窝**以及**下部肋间隙**均显凹陷，故称“三凹症”。

潮式呼吸：又称陈-施呼吸，呼吸由浅慢逐渐加快加深，达高潮后，又逐渐变浅变慢，暂停数秒之后，又出现上述状态的呼吸，如此周而复始，呼吸呈潮水涨落样。

护理评估

3) 神经精神症状:

缺氧和二氧化碳潴留都会引起神经精神症状。慢性缺氧仅有判断力减弱、定向力障碍的表现，易被忽视。

严重缺氧可出现精神错乱、狂躁、昏迷、抽搐等症状。

肺性脑病是二氧化碳潴留的典型表现，中枢抑制前表现为兴奋症状，有失眠、烦躁、骚动、定向功能障碍。



护理评估

4) **循环系统症状**：慢性氧和二氧化碳潴留引起肺动脉高，可发生右心衰竭，体循环淤血体征。严重缺氧引起心肌损害及周围循环衰竭、血压下降、心律失常、心脏停搏。

5) **消化和泌尿系统症状**：呼吸衰竭时肝细胞缺氧发生变性坏死或肝脏淤血，出现血清丙氨酸氨基转移酶增高。严重缺氧和二氧化碳潴留可引起胃肠黏膜充血、水肿、糜烂、渗血、消化道出血。肾功能表现尿中红细胞、管型、蛋白尿、氮质血症。

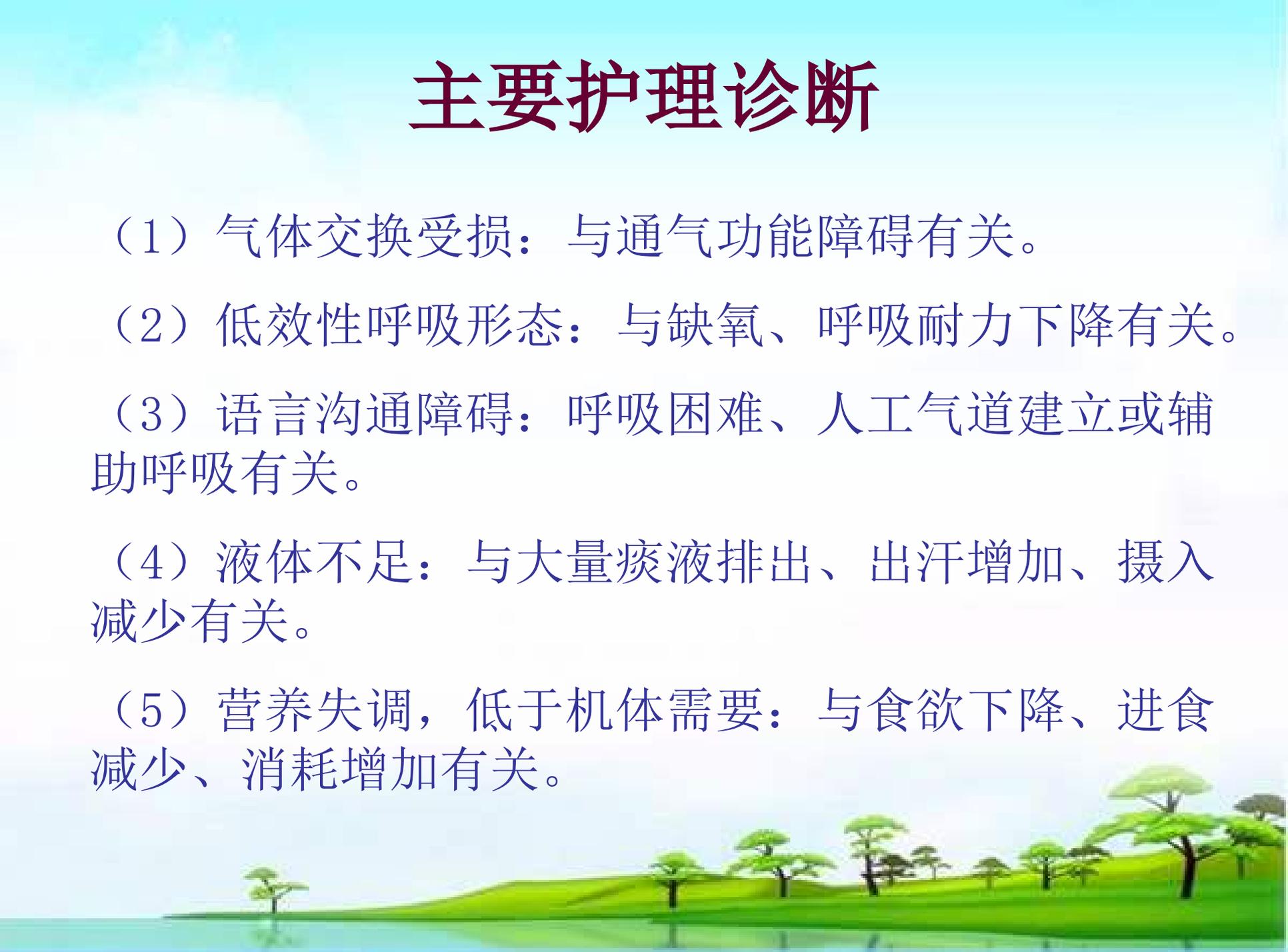
护理评估

辅助检查 动脉血气分析： $\text{pH} < 7.35$ ， $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。作为慢性呼吸衰竭诊断标准。

健康史 应了解患者有无慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、哮喘等慢性气道阻塞性疾病病史；发病病因，有无上呼吸道感染诱因存在。

心理状况 焦虑和抑郁是呼吸衰竭常见的心理反应。由于肺功能下降，呼吸困难诱发的窒息和面对死亡的恐惧，患者精神高度紧张有濒死感，语言交流障碍，患者出现情绪低落。

主要护理诊断

- (1) 气体交换受损：与通气功能障碍有关。
 - (2) 低效性呼吸形态：与缺氧、呼吸耐力下降有关。
 - (3) 语言沟通障碍：呼吸困难、人工气道建立或辅助呼吸有关。
 - (4) 液体不足：与大量痰液排出、出汗增加、摄入减少有关。
 - (5) 营养失调，低于机体需要：与食欲下降、进食减少、消耗增加有关。
- 

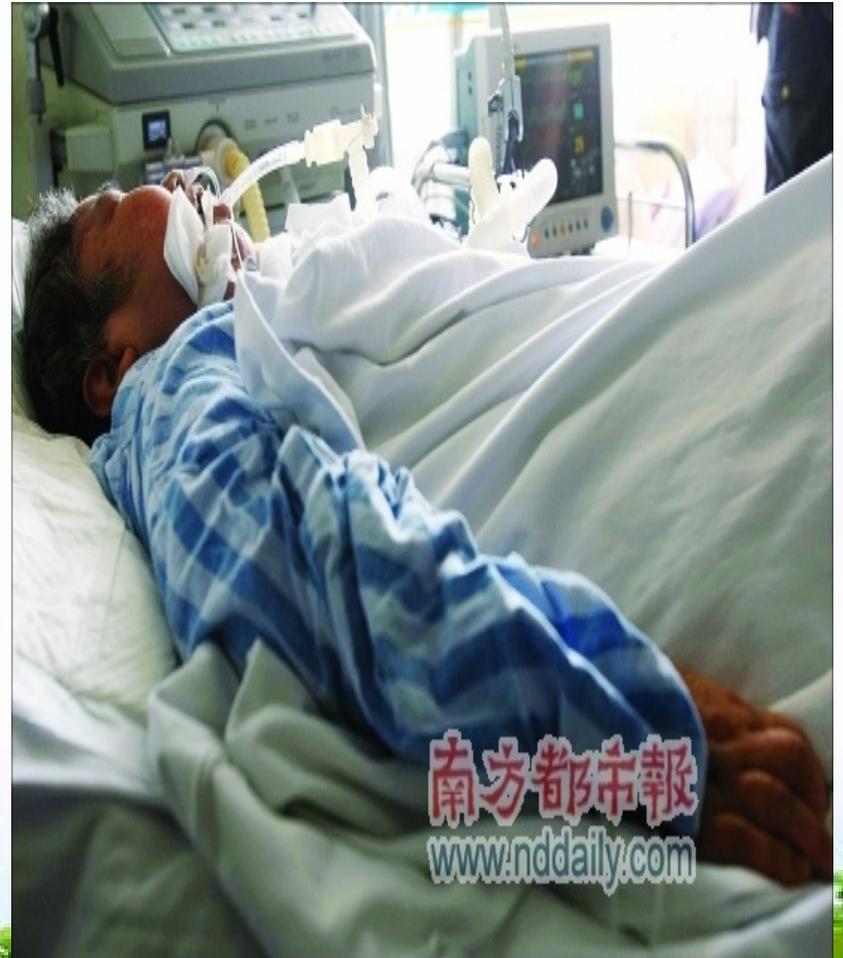
护理目标

- (1) 患者缺氧和二氧化碳滞留症状得到改善。
- (2) 患者的呼吸道通畅，呼吸形态得到纠正。
- (3) 患者的情感得到交流，焦虑情绪减轻。
- (4) 患者将能保证摄入足够的液体和电解质。
- (5) 患者能认识增加营养物质摄入的重要性。



护理措施

呼吸衰竭病情变化迅速，若不及时抢救，可危及生命。**处理原则**是在保持通畅的条件下，改善纠正缺氧、二氧化碳潴留及代谢功能紊乱，从而为基础病变及诱发因素的治疗争取时间和创造条件。



护理措施

一般护理

- 1) **监测生命体征**：观察患者的血压、意识状态、呼吸频率，昏迷患者要检查瞳孔大小、对光反射、肌张力、腱反射病理特征。
- 2) **饮食**：呼吸衰竭患者体力消耗大，尤其在施人工通气者，机体处于应激状态，分解代谢增加，蛋白质供应量需增加20%~50%，每日至少需要蛋白质1g / kg。鼓励清醒患者进食，增加营养，给高蛋白、高脂肪和低碳水化合物化合物的饮食，如瘦肉、鸡蛋等。

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/7250333231011313>