

病史汇报

- **基本资料**：刘某某、男、88岁
- **主诉**：反复咳痰喘20余年，再发伴发热一周。
- **现病史**：患者20年余年来反复发作咳嗽、咳痰、喘息，每逢冬春季或天气骤变发病，予以抗感染治疗后好转，平均每年发病超过3个月，症状反复发作，对症治疗后症状可缓解。近一周因受凉后出现咳嗽咳白黏痰、伴发热，最高体温39度，在外院治疗后仍有发热，为求进一步治疗，入住我科。病程中自感纳差、睡眠欠佳，尿量减少。

既往史

既往病史：有高血压病史**20**余年，服用络活喜降压治疗；青霉素及头孢类抗生素药物过敏史。



体格检查

T: 37.7℃

P: 84次/分

R: 22次/分

BP: 123/57mmHg

专科检查:

视诊: 桶状胸

触诊: 肺下界下移, 触觉语颤减弱。

听诊: 双肺呼吸音粗, 两下肺可闻及少许湿

罗音

客观资料

- 胸部CT报告示：1.两肺斑片状条索状致密影。2. 双侧胸腔积液；
- 心电图：窦性心动过速，频发房早-短阵发房性心动过速，低电压，st-t变化（2014.10.3）
- 动脉血气：ph：7.493 ↑ pco₂:32.80 ↓ po₂:105.90 k⁺:3.46 ↓ (2014.9.28)
- 肝功能肾功能肿瘤十二项异常
- 心肌酶谱：乳酸脱氢酶：663u/l ↑ 磷酸肌酸激酶：27u/l ↓ (2014.10.8)

初步诊断

- 1.慢性阻塞性肺病急性加重期
- 2.高血压病
- 3.间质性肺炎
- 4.多浆膜腔积液
- 5.恶性心律失常
- 6.心功能不全



治疗

- 1.莫西沙星、替考拉林抗感染
- 2.胺碘酮纠正心律失常
- 3.米卡芬净抗霉菌
- 4.奥美拉唑护胃
- 5.肠内营养液（SP）营养治疗
- 6.氯化钾缓释片补钾



- 患者于10-8出现
- 查动脉血：PCO₂:71.00mmHg PO₂:36.00mmHg，
、导尿、补液、化痰等处理，复测脉氧93%，意识
情况稍有好转，抢救成功。




治疗及转归


- 1、病危；特护。
- 2、心电监护。（监测BP、P、R、SP02、Q2h）
- 3、吸氧。
- 4、记出入量。
- 5、保留导尿。
- 6、抗感染，强心，利尿，控制血压，控制心率，改善通气、化痰，对症，加强支持治疗等。



护理诊断

1. 气体交换受损---与肺组织弹性降低通气和换气障碍有关 
2. 清理呼吸道无效---与痰液粘稠、咳嗽无力有关
3. 高热----与感染有关
4. 心输出量减少----心率异常，心律异常心肌缺血有关
4. 有窒息的危险----与鼻饲营养液有关
5. 有导管滑脱的危险----与鼻饲管、导尿管有关



- 
6. 皮肤完整性受损的危险---与绝对卧床不能活动、营养差有关
7. 腹胀---与低钾有关
8. 知识缺乏---缺乏本病的相关知识
9. 营养低于机体需要---不能进食，消耗大有关
10. 自理能力缺陷---与与绝对卧床不能活动有关
11. 误吸---与鼻饲使用有关

护理问题、措施

P 气体交换受损——与气道阻塞、通气不足、分泌物过多和肺泡呼吸面积减少有关。

I 1、采取**舒适的体位**，因该患者呼吸困难加重，需**绝对的卧床休息**，取**半卧位**。并定时翻身拍背，改变体位，防止痰液的瘀滞、肺不张、感染及压疮。[1] 室内保持合适的温湿度，注意保暖，避免直接吸入冷空气。

• 2、**严密观察**患者的呼吸频率、幅度、节律及生命体征的变化，结合SpO₂监测及动脉血气分析，判断参数是否合适。如果呼吸减慢、发绀减轻、肺部哮鸣音减弱或消失，则提示通气有效。

• **[1]中外健康文摘2011年1月第八卷第一期**



P. 心输出量减少—心率异常，心律异常心肌缺血有关

I

- 1、严密观察病人的生命体征和心电图的变化
- 2、做好心理安慰，减轻其心理压力，避免情绪紧张。
- 3、观察病人末梢循环，限制钠盐摄入
- 4、补充液体时不宜过快，准确记录24小时出入量
- 5、向病人介绍用药的剂量、次数和副作用。
- 6、根据心律失常类型，准备药物和抢救仪器



护理问题、措施

- 若出现CO₂潴留时，患者皮肤潮红、出汗、表面浅静脉充盈、球结膜充血水肿。注意观察皮肤及尿量。**严格记录出入量。**[2]
- 3、遵医嘱给予**持续低浓度吸氧**。（1-2L/min），当病情变化，需提高浓度，遵医嘱辅以呼吸兴奋剂刺激通气或使用无创呼吸机改善通气后再提高氧浓度。避免因吸入氧气过多而加重CO₂潴留。[3]
- 4、**呼吸肌锻炼**：该患者清醒后，可告知患者学习，并且教会患者缩唇呼吸及膈式或腹式呼吸。
- 5、按医嘱**及时准确给药**，并观察疗效及不良反应。病人在使用呼吸兴奋剂时应保持呼吸道通畅，静滴速度不宜过快，注意观察呼吸频率、节律、神志变化及动脉血气变化，以便调节剂量。

该患者气体交换受损未得到完全改善，SpO₂数值截止在1月19号保持在86.4mmhg。

[2]临床医学研究2010年8月第27卷第8期

[3]陆再英、钟南山 内科学[M],7版

护理问题、措施

P 清理呼吸道无效——与分泌物增多而粘稠、气道湿度减低和无效咳嗽有关

1. 密切观察咳嗽咳痰的情况，包括痰液的颜色、形状及量，以及咳嗽是否通畅。
2. 注意观察药物疗效和不良反应。
3. 清洁口腔，及时清除口腔及咽部的分泌物，以免阻塞气道，加重病情。由于该患者是老年男性，对气道反应性差及咳嗽咳痰的能力下降，导致痰液粘稠，应湿化气道，稀释痰液，有利于排痰，应采取氧气雾化吸入。并定期翻身拍背，鼓励患者有效咳嗽。并采取吸痰法等呼吸道通畅管理。
4. 病情允许时抬高床头30~45°

O 呼吸道通畅,呼吸逐渐平稳。



护理问题、措施

P 高热 与感染有关

- 1.应卧床休息，以减少氧耗量，病房环境适宜，做好口腔护理，鼓励病人漱口，防止继发感染。
- 2.给予足够热量蛋白质和维生素等流质或半流质以补充高热引起的营养物质消耗，鼓励多饮水。
- 3.高热时可采用酒精擦浴、冰袋等措施物理降温，以逐渐降温为宜，防止虚脱。
- 4.监测并记录生命体征。
- 5.遵医嘱使用抗生素，观察疗效和不良反应。

O 患者体温逐渐正常



护理问题、措施

P 有窒息的危险 与咳嗽、咳痰有关

- I** 1. 遵医嘱予**止咳化痰**药物
- 2. 指导病人进行有效咳嗽、咳痰。鼓励患者自行咳出
- 3. 必要时进行**机械吸痰**。

O 患者未发生窒息



P. 潜在并发症：1. 猝死 2. 坠积性肺炎

[相关因素]与心肌缺血缺氧，长期卧床有关。

[主要表现]表现为心跳骤停和肺部感染



1. 心电监护，卧床休息，与每小时测量生命体征，必要时随时测量

2. 建立静脉通路；备好纠正心律失常的药物及其他抢救药品，除颤器，

3. 按医嘱正确给抗心律失常药物，静脉滴注应缓慢，静滴速度严格按医嘱执行，注意用药过程中及用药后的心律、HR、BP、P、R，意识，判断疗效和副作用；

4. 监测生命体征，皮肤颜色、温度、尿量、意识等有无改变

5. 监测血气分析，电解质及酸碱平衡情况，尤其注意有无低钾、低镁

6. 一旦发生室颤，心脏停搏，阿一斯等表现，应立即进行心肺脑复苏术

护理问题、措施

P 有管道脱出的危险—鼻饲管、导尿管、

I 1. 导管一定要**妥善固定**，严防脱落，当患者睡眠翻身、活动时更要**严加注意**

2. 悬挂**防护标识**，并告知病人及家属防管道脱落的注意事项

3. 加强**巡视**，做好床边交接班

4. 接头处衔接紧密，同时记录插管的深度

O 病程中鼻饲管道脱落、导尿管脱落，其他未发生脱落



护理问题、措施

P 有皮肤完整性受损的危险

1. 建立翻身卡，每2小时翻身一次
2. 严格床头交接班，观察受压处皮肤色泽的变化
3. 保持床单位平整、清洁、干燥
4. 加强营养支持
5. 保持皮肤清洁干燥，做好大小便的护理，避免局部刺激。
6. 加用褥疮气垫床
7. 健康教育

O 病人皮肤潮红、未发生褥疮



心律失常的分类

按发生原理

起源异常

窦房结心律失常

窦速

窦缓

窦性心律不齐

窦性停搏

异位心律失常

被动性

逸搏

逸搏心律

主动性

期前收缩

扑动、颤动

阵发性心动过速

传导异常

预激综合征

传导阻滞

窦房阻滞

房内阻滞

房室阻滞

室内阻滞

按心率快慢

快速型

早搏、扑动、颤动、心动过速等

缓慢性

病窦、窦缓、房室传导阻滞等



护理查房

- 问：慢性支气管炎、肺气肿、慢性阻塞性肺疾病（COPD）的概念？
- 答：慢性支气管炎简称慢支，是由于感染或非感染因素引起支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。肺气肿是指终末细支气管远端的气腔持久性扩大。



- **AECOPD:**是患者呼吸困难加重，痰量增多，痰液变脓，出现这3种表现中的一种或几种即认为是急性发作。另外急性发作还会出现发热，胸闷，喘息等症状。



• 问：该患者诊断为AECOPD、肺气肿、的依据有哪些？

• 答：临床上以咳嗽、咳痰为主要症状或伴喘息，每年发病持续3个月，连续2年或以上，排除肯有咳嗽、咳痰、喘息症状的其他疾病，即可诊断为慢性支气管炎。肺气肿诊断的主要依据是FEV1/FVC70%。当患者出现运动耐力下降发热和(或)胸部影像异常时可能为COPD加重的征兆至少具有以下3项中的2项即可诊断①气促加重,②痰量增加,③痰变脓性



- 该患者有反复咳痰喘20余年，呈进行性加重四天、咳黄痰、现CT示：慢支、肺气肿、两肺下叶感染；既往心超示(2012-10-16 9:09:06):动脉硬化左室舒张功能减退微量主动脉瓣返流、轻度二尖瓣返流轻度肺动脉高压伴轻度三尖瓣返流;估测肺动脉收缩压 30mmHg。



问：如何指导该患者有效地使用雾化吸入装置（器）？

答：教会患者手持雾化器，把喷气管放入口中，紧闭口唇，吸气时以手指按住出气口，同时深吸气，可使药液充分达至支气管和肺内，吸气后再屏气1~2s，则效果更好，呼气时，手指移开出气口，以防药液丢失。如患者感到疲劳，可放松手续，休息片刻再进行吸入，直到药液喷完为止，一般10~15min即可将5ml药液雾化完毕



问：患者处于COPD急性加重期，该期主要的治疗方案有哪些？

答：（1）根据症状、血气分析结果、胸部X线片等评估病性的严重程度。

（2）纠正或改善缺氧：吸入氧浓度不宜过高，需注意该患者已发生CO₂潴留及呼吸性酸中毒，因此要低流量持续吸氧。



3) 控制呼吸道感染：COPD急性加重多由细菌感染诱发，故抗生素治疗在COPD加重期治疗中具有重要地位。当患者呼吸困难加重，咳嗽伴有痰量增多及脓性痰时，应根据药敏情况尽早选择敏感抗生素。

4) 改善气流阻塞：给予祛痰剂，稀释痰液并鼓励咳嗽排痰；短效 β_2 受体激动剂，抗胆碱能药物（如异丙托溴铵、噻托溴铵等），静脉滴注茶碱类药物。



5) 机械通气：可通过无创或有创方式给予机械通气，根据病情需要，可首先无创机械通气。机械通气，无论是无创或有创方式均只有一种生命支持方式，在此条件下，通过药物治疗消除COPD加重的原因使急性呼吸衰竭得到逆转。进行机式通气的患者应有动脉血气监测。



(6) 其他治疗措施：注意维持液体和电解质平衡，补充营养，注意痰液引流，积极排痰治疗，识别并治疗伴随疾病（冠心病、糖尿病、高血压等）及并发症（休克、弥散性血管内凝血、上消化道出血、胃功能不全等）。



- 患者于03-19出现高热，热峰高达 39.5°C ，18:20分左右出现嗜睡、反应迟钝，不能对答，脉氧偏低，最低时60%左右。双肺可闻及哮鸣音及湿罗音。查动脉血： $\text{PCO}_2:71.00\text{mmHg}$ $\text{PO}_2:36.00\text{mmHg}$ ，给予无创呼吸机辅助通气、甲基强的松龙静滴、氨茶碱持续泵入、导尿、补液、化痰等处理，复测脉氧93%，意识情况稍有好转，抢救成功。



问：该患者发生了什么病情变化？它的诊断标准时什么？答：是发生了呼吸衰竭，简称呼衰，是由各种原因引起肺通气和（或）换气功能严重障碍，以致不能进行有效的气体呼交换，导致缺氧或伴有二氧化碳潴留，引起一系列病理生理改变及临床表现的综合征。



-
- 呼吸衰竭诊断标准是主要表现为呼吸困难、精神神经症状和 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}(7.98\text{kPa})$ ，或伴有 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}(6.65\text{kPa})$ 。



呼吸衰竭的病因

- 中枢神经系统疾病
- 神经肌肉疾病
- 胸壁及胸膜疾患
- 气道阻塞性疾病
- 肺实质及肺血管病变



呼吸衰竭有几种分型?

- 分型

按血气分型：

- 1、 I 型呼衰：缺氧而无CO₂潴留（ PaO₂ < 60mmHg， PaCO₂正常或降低）。见于换气(弥散)功能障碍
- 2、 II 型呼衰：缺氧伴CO₂潴留（ PaO₂ < 60mmHg， 伴有PaCO₂ > 50mmHg）。见于通气功能障碍



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/825332343341011200>