

· 临床护理 ·

老年患者肺部感染合并心力衰竭的早期护理*

王素萍, 赖 异[△], 袁志柳, 袁为群, 蕾 蕾
(贵州省人民医院干医科, 贵阳 550002)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.30.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)30-3239-02

老年患者肺部感染是由于肺部的炎症导致,是老年患者的常见病、多发病,在老年患者的感染性疾病中,肺部感染多见。老年患者肺部感染特点之一是合并肺外器官并发症而容易发生多器官功能衰竭(MOF)^[1],心力衰竭是老年肺部感染的严重并发症之一,也是老年患者肺部感染的重要病死原因。为降低老年患者肺部感染的病死率,提高患者的生存质量,寻求有效的早期护理干预方法,作者对本院老年患者肺部感染合并心力衰竭的 30 例患者,早期进行护理干预,取得了满意效果,现报道如下。

1 临床资料

本组 30 例均为急诊入院的老年肺部感染合并心力衰竭患者,其中,男 21 例,女 9 例,年龄 60~78 岁。住院期间给予控制感染,根据致病菌药敏试验结果选用高效低毒的抗菌药物,缓解支气管痉挛和纠正缺氧,无创心脏血流动力(CHM T3002 型无创心脏血流动力监测仪)监测心功能,强心利尿,对症支持等处理^[2]。行机械通气治疗 8 例,其中,好转 5 例,死亡 3 例。

2 护 理

2.1 严密观察病情变化

2.1.1 监测生命体征 注意观察体温、心率、呼吸、血压的变化,根据无创心脏血流动力监测结果,及时发现心衰的早期征兆。夜间阵发性呼吸困难是左心力衰竭的早期症状,应予以警惕。当血压下降、心率增快、心律失常及无创心脏血流动力监测示每分钟输出量(CO)降低、肺毛细血管楔压(PCWP)、左室舒张末压(LVEDP)升高时,可能发生心源性休克。

2.1.2 保持呼吸道通畅 (1)加强气道的湿化和痰液引流,老年患者往往咳嗽无力,痰液不易咳出,遵医嘱给予雾化吸入^[3],定时翻身叩背。叩背时手掌成空杯状,从下到上,从外向内叩击,每次叩击 10~15 min,50 次/分左右,或者予机械振动排痰。若痰液黏稠不易咳出、痰鸣音明显时给予吸痰;(2)有效清理呼吸道分泌物,采用密闭式吸痰,吸痰时严格无菌技术操作,吸痰管一次一换。气管插管患者充分进行吸痰,并将口腔内分泌物及时吸净,做好口腔护理,保持口腔清洁。吸痰时注意不要负压过大、每次插入吸引时间小于 15 s,避免吸痰时反复刺激气道,插入吸痰管时不应给负压,以免导致黏膜损伤;(3)对气管插管患者根据病情选择最佳的通气模式和合适的参数,保证呼吸机管路密封,防止通气不足和通气过度,既改善通气,又不影响循环^[4]。病情发生变化时,及时调整呼吸机参数。

2.1.3 体温的观察及护理 老年患者肺部感染合并心力衰竭体温大多呈微热,高热寒战少见。观察体温的热型、持续时间,体温 38~39℃时,给予物理降温,高热时遵医嘱使用退热剂,观察体温的变化及伴随症状,按时测量并记录体温。本组 4 例出现高热,给予物理降温、补液、解热镇痛剂后体温逐渐下降。

2.2 营养支持 给予低脂肪、高热量、高蛋白,易消化的食物,限制饮水。合理调配饮食,少食多餐,可根据患者的饮食习惯选择色、香、味俱佳的食物,保证营养与热量的摄入,增加机体抵抗力。

2.3 心理护理 老年患者年龄偏大,器官功能减退,反应迟钝,病情严重,有的多次发病,易产生紧张、焦虑、悲观等情绪,影响治疗和护理。重视患者的心理变化,与患者建立良好的护患关系,取得患者的信任,及时解答老年患者提出的问题,进行有效的交流沟通可减轻老年患者的紧张情绪,以便更好地配合治疗和护理。

2.4 防止交叉感染 老年患者免疫功能低下,抵抗力差,基础疾病多,容易发生交叉感染。严格遵守无菌技术操作防止交叉感染。有条件者住单间,保持室内空气流通,定时开窗通风,定时行空气消毒,加强环境监测。严格医务人员手卫生依从性,加强各种管路的护理,杜绝各种可能的污染机会。

2.5 防止压疮 长期卧床的老年患者消瘦,活动能力下降,皮肤弹性差,有的老年患者大小便失禁,容易发生压疮。加强皮肤护理,注意观察皮肤颜色、湿度、弹性、有无出血点、瘀斑等,定时翻身。注意下肢功能锻炼,应尽量避免下肢静脉输液,防止下肢静脉血栓形成。

2.6 准确记录 24 h 出入量 严格控制输液的速度,静脉用药使用输液泵,保证药物匀速泵入,无创心脏血流动力监测仪监测患者心功能指标、PCWP、LVEDP 升高时,及时减慢输液速度。

2.7 用药护理 (1)注射洋地黄制剂和抗心律失常药应在心电监护下进行,注意观察有无中毒症状,如恶心、呕吐、厌食、黄视、绿视、心律失常等。(2)应用血管活性药物时,应从小剂量、低速度开始,根据血压变化调整速度。注意有无胸痛、呼吸困难、心律失常、手足疼痛、手足发冷等不良反应,注意观察局部有无血管炎及外渗引起的组织坏死。(3)应用利尿剂时注意观察尿量变化,注意尿的颜色、尿比重、尿素氮、肌酐和有无水肿发生。患者出现软弱乏力、腹胀、恶心、呕吐等症状可能提示低血钾、低血钠,及时报告医师处理。

2.8 呼吸功能锻炼 鼓励患者进行有效的咳嗽,咳痰。大多数老年患者心力衰竭时因为耐力下降而出现呼吸困难症状,因此,必须尽量提高患者的运动耐力。指导患者采用缩唇呼吸和深呼吸进行呼吸功能训练,两种方法由患者根据主观感觉舒适度及易操作性自行选择一种。呼吸训练早、中、晚各进行一次,安排在饭后 2 h 进行,训练的同时仍予鼻导管低流量给氧,如有胸闷、心悸、气促等症状可减慢或暂停 15~30 min 后再进行^[5]。自主深呼吸具有防止肺泡萎缩和使萎缩肺泡复张的作用^[6],深呼吸可缓解老年患者呼吸困难所致的缺氧状态,出院

* 基金项目:贵州省科技厅攻关基金资助项目[黔科合 SY 字(2010)];贵州省卫生厅科学技术基金资助项目(gzkwkj2011-1-003)。△ 通讯作者, Tel:13885142919; E-mail:lyljo@yahoo.com.cn。

指导时加强对呼吸训练的健康教育,鼓励患者出院后继续坚持。

3 讨 论

随着年龄的增长,老年患者肺脏的结构和功能将发生退行性改变。老年患者肺脏与机体其他器官相比,更容易受到病原体感染。老年患者肺部感染易引起其他重要器官功能受损,诱发多器官功能衰竭。老年患者因急性单纯肺部感染住院者相对较少(4%),而与慢性心衰有关的肺部感染最多(72%)^[7]。老年患者肺部感染可以急性左心衰为首发表现,且老年患者多有慢性肺部疾病,在免疫功能低下时,极易发生肺部感染,且不易控制,从而导致心力衰竭。本组 30 例患者 3 例(10%)死亡,均因患者入院时感染重,未及时就诊所致。因此,重视老年患者肺部感染并发症的发生,在肺部感染的早期采取有效的护理干预措施,进行有效的呼吸功能支持,改善或维持气体交换,保证机体基本的氧运输,改善细胞缺氧,降低心肌的耗氧量,提高心肌收缩力,可以降低老年肺部感染并发心力衰竭的病死率,提高患者的生存质量^[8]。

有研究为确定 CHM 是否可以判断心力衰竭事件的风险,其背景是为研究大多数心力衰竭患者处于长期的高风险状态;有必要判断患者是否有发生严重的心力衰竭事件的危险;如果医生有提示疾病进展及监测疗效的客观指标,心衰的治疗效果可以得以改善^[9]。其研究结果认为 CHM 是判断心力衰竭事件风险性最有效的预测方法,即便通过纽约心脏病协会心力衰竭分级(NYHA)、血压、心率、患者的一般状况及体质量变化等一些临床指标可以判断病情,CHM 参数仍然是独立的预测指标。本组患者通过 CHM T3002 监测仪监测 CO、PCWP 及 LVEDP 等指标,监测老年肺部感染患者心功能情况,及时作

出早期护理干预,予针对性个性化治疗,减少了病死率(10%),对危重老年肺部感染患者心功能监测,有效地提高患者的生存率。

参考文献:

- [1] 王士雯. 老年多器官功能不全综合征的肺启动机制[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2002, 1(1): 4-6.
- [2] 中华医学会心血管病分会. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2003, 31(1): 7-23.
- [3] 曾永军, 邵红, 陈月华. 氧气间歇雾化吸入法应用于 COPD 合并肺部感染患者的效果分析[J]. 现代临床护理, 2007, 6(1): 47-49.
- [4] 邱海波, 周绍霞. 多器官功能障碍综合征现代治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 102-113.
- [5] 杨祖福, 孟申. 慢性心力衰竭的康复治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(12): 1081-1402.
- [6] 陈菊萍, 徐燕. 极重度肥胖合并肺炎致严重高碳酸血症患儿的护理[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(11): 1067-1069.
- [7] 卢才义, 王士雯, 赵玉生, 等. 肺部感染与老年多器官功能衰竭的研究[J]. 中国实用内科杂志, 2006, 26(4): 261-263.
- [8] 胡达一, 马长生. 心脏病学实践 2011——新进展与临床案例[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 317-324.
- [9] 孟庆义. 急诊护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 145-162.

(收稿日期: 2012-04-09 修回日期: 2012-05-21)

(上接第 3202 页)

综上所述,他汀类药物在糖尿病使用的疗效和必要性均已得到充分证实。2 型糖尿病患者无论是否合并冠心病他汀类药物的使用率明显提高,但达标率却不乐观,早期应用也未得到充分认识,因此,将循证医学证据及时准确地运用到临床实践中,使临床治疗更科学、更规范,仍然是临床工作者努力的方向。

参考文献:

- [1] 潘长玉. 中华医学继续教育视听杂志/综合分册[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2002: 3-15.
- [2] Mc Garry JD. Dysregulation of acid metabolism in the etiology of type 2 diabetes[J]. Diabetes, 2001, 50(5): 627-629.
- [3] 亚洲-太平洋地区 2 型糖尿病政策组. 内分泌学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 1414-1432.
- [4] Haffner SM. American Diabetes Association. Dyslipidemia management in adults with diabetes[J]. Diabetes Care, 2004, 27(1): 68-71.
- [5] Colhon HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative A to Rvastatin in Diabetes Study (CARDS): A multicentre randomised placebo-controlled trial[J]. Lancet, 2004, 364(5): 685-696.
- [6] Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with sim-

rvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial[J]. Lancet, 2002, 360(1): 17-22.

- [7] American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011[J]. Diabetes Care, 2011, 34(1): 11-16.
- [8] 甄毅锋, 梁素娥. 老年 2 型糖尿病患者低密度脂蛋白达标分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 25(7): 632-633.
- [9] Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al. Association of hemoglobinA1c with cardiovascular disease and mortality in adults: the European prospective investigation into Norfolk[J]. Ann Intern Med, 2004, 141(6): 413-420.
- [10] 赵水平. 糖尿病血脂异常及其治疗[J]. 中华内科杂志, 2002, 41(1): 7-9.
- [11] UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38[J]. BMJ, 1998, 317(6): 703-713.
- [12] 卓胜青, 杨雪苹, 陈勇驰, 等. 辛伐他汀治疗后糖化血红蛋白对血脂的影响[J]. 现代医院, 2009, 9(1): 27-28.
- [13] Turner RC, Millns H, Neil NA, et al. Risk factors for coronary artery disease in type 2 diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS: 23) [J]. BMJ, 1998, 316(7): 823-828.

(收稿日期: 2012-04-09 修回日期: 2012-05-21)