重症支气管哮喘的护理体会

闫妮 许晓凤

灵武市人民医院 宁夏 灵武 750400

摘要: 本文探讨重症支气管哮喘的护理体会。通过对其临床表现与诊断的阐述,明确了病情观察、氧疗护理、药物治疗护理、心理护理、饮食护理、休息与活动护理及并发症预防护理等多方面措施的重要性。强调护理人员需密切关注患者生命体征、意识状态等,合理进行氧疗和药物治疗,提供心理支持,注重饮食和休息安排,预防并发症发生,以提高患者的生活质量和救治成功率。

关键词: 重症支气管;哮喘;护理体会

引言:重症支气管哮喘严重威胁患者生命健康,其临床表现复杂多样,诊断需综合多方面因素。有效的护理在患者治疗过程中起着关键作用。本文深入分析重症支气管哮喘的护理要点,旨在为护理人员提供科学的护理指导,提高对重症患者的护理水平,改善患者预后。

1 重症支气管哮喘的临床表现与诊断

1.1 临床表现

(1)呼吸困难:重症支气管哮喘患者最突出的症状是呼吸困难,表现为呼吸急促、费力,甚至不能平卧。患者常感到胸闷、气短,呼吸频率明显加快,可达每分钟30次以上。(2)喘息:喘息是支气管哮喘的典型症状之一,重症患者的喘息更为明显,可闻及广泛的哮鸣音,甚至在远离患者的地方也能听到。(3)咳嗽:咳嗽也是常见症状之一,多为刺激性干咳,有时伴有白色泡沫痰。在哮喘发作严重时,咳嗽可能会加重,甚至出现咯血。(4)发绀:由于严重的呼吸困难,患者可出现口唇、指甲等部位的发绀,表明机体缺氧严重。(5)意识障碍:在重症哮喘发作时,患者可能会出现意识障碍,如烦躁不安、嗜睡、昏迷等,这是由于严重缺氧和二氧化碳潴留引起的。

1.2 重症支气管哮喘的诊断

1.2.1 病史和症状

首先,医生会仔细了解患者哮喘发作的频率,比如是偶尔发作还是频繁发作;发作的程度,如轻度发作时可能仅有轻微喘息,重症发作时呼吸困难严重到难以正常活动。发作的诱因也是关键信息,常见的诱因包括接触过敏原(如花粉、尘螨、动物毛发等)、呼吸道感染、运动、冷空气刺激、情绪激动以及某些药物等^[1]。其次,重症支气管哮喘患者的症状较为明显且严重。呼吸困难是最突出的症状,患者会感到呼吸急促、困难,甚至出现张口呼吸、鼻翼煽动、三凹征(吸气时胸骨上

窝、锁骨上窝、肋间隙明显凹陷)等表现。喘息也是常见症状,可听到患者呼吸时发出响亮的哮鸣音,就像吹口哨一样的声音,而且哮鸣音通常较为广泛。咳嗽也是症状之一,可能是干咳或者伴有少量白痰,在夜间或清晨时咳嗽往往会加重。

1.2.2 体格检查

(1)呼吸系统检查:医生在听诊肺部时,会重点关注呼吸音和哮鸣音的情况。重症支气管哮喘患者两肺可闻及广泛的哮鸣音,而且哮鸣音的强度通常较高。如果病情非常严重,气道阻塞严重,可能会出现呼吸音减弱甚至消失的情况,即所谓的“沉默胸”。

(2)其他体征检查:医生还会检查患者的口唇、指甲等部位是否有发绀,这是因为重症哮喘患者缺氧,导致血液中氧含量降低,从而使皮肤和黏膜呈现出青紫色。同时会监测患者的心率、血压等生命体征,重症哮喘发作时,患者可能会出现心动过速、血压升高等表现,这是由于身体处于应激状态,心脏和血管系统为了应对缺氧和呼吸困难而做出的反应。

1.2.3 实验室检查

(1)肺功能检查:这是诊断支气管哮喘的重要手段,对于重症患者更是如此。重症哮喘患者的肺功能检查结果通常显示呼气峰流速(PEF)显著降低,第一秒用力呼气容积(FEV1)减少,FEV1与用力肺活量(FVC)的比值减小。这些指标反映了患者的气道阻塞程度和肺通气功能的受损情况。

(2)血气分析:可以了解患者的缺氧和二氧化碳潴留情况。重症哮喘患者常出现低氧血症,即血液中的氧分压降低。随着病情的加重,可能会出现呼吸性酸中毒,即二氧化碳分压升高,酸碱度下降。血气分析的结果对于评估患者的病情严重程度以及制定治疗方案具有重要的指导意义。

(3) 过敏原检测：对于有过敏史的患者，进行过敏原检测可以确定具体的过敏原，以便患者在日常生活中尽量避免接触。常见的过敏原检测方法包括皮肤点刺试验、血清特异性IgE检测等。检测结果可以帮助医生制定个性化的治疗方案，如进行脱敏治疗等。

(4) 影像学检查：胸部X线或CT检查可以帮助排除其他肺部疾病，如肺炎、气胸等。在重症哮喘发作时，胸部X线可能会显示肺过度充气、支气管壁增厚等表现；CT检查则可以更清晰地显示肺部的结构和病变情况。

2 重症支气管哮喘的护理措施

2.1 病情观察

(1) 生命体征监测：细致观察患者的体温、心跳、呼吸频率及血压等关键生命指标。特别需关注呼吸的频率、幅度及规律性，同时留意心率的速率及是否保持稳定的节奏。

(2) 意识状态观察：观察患者的意识状态，如是否清醒、有无烦躁不安、嗜睡、昏迷等。意识状态的改变可能是病情加重的表现，需要及时通知医生进行处理。

(3) 呼吸困难程度观察：观察患者呼吸困难的程度，包括呼吸急促的程度、能否平卧、说话是否连续等。可以使用呼吸困难量表对患者的呼吸困难程度进行评估，以便及时调整治疗和护理措施。

(4) 哮鸣音观察：听诊患者肺部的哮鸣音，了解哮鸣音的分布、强度和性质。哮鸣音的变化可以反映哮喘发作的程度和治疗效果。

(5) 血气分析监测：对于重症哮喘患者，应定期进行血气分析监测，了解患者的缺氧和二氧化碳潴留情况。根据血气分析结果，调整吸氧浓度和呼吸支持方式。

2.2 氧疗护理

2.2.1 氧疗的目的

重症支气管哮喘患者常伴有严重的呼吸困难和低氧血症，氧疗的目的是提高患者的血氧饱和度，缓解缺氧症状，减轻心脏负担，防止并发症的发生^[2]。

2.2.2 氧疗的方法

(1) 鼻导管吸氧：是最常用的氧疗方法之一。将鼻导管插入患者的鼻腔，调节氧流量为2-4L/min。鼻导管吸氧方便、舒适，但氧流量不宜过大，以免引起鼻腔干燥和不适。

(2) 面罩吸氧：对于严重缺氧或需要高浓度吸氧的患者，可以采用面罩吸氧。面罩吸氧的氧流量可以较大，一般为4-8L/min。面罩吸氧的缺点是患者可能会感到不适，且容易引起二氧化碳潴留。

(3) 无创正压通气(NPPV)：对于伴有呼吸衰竭的

重症哮喘患者，可以采用无创正压通气。NPPV通过面罩或鼻罩给予患者正压通气，帮助患者克服气道阻力，改善通气功能。在使用NPPV时，要注意选择合适的通气模式和参数，密切观察患者的病情变化，防止并发症的发生。

2.2.3 氧疗的注意事项

(1) 保持呼吸道通畅：在氧疗过程中，要确保患者的呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，防止气道阻塞。

(2) 控制氧流量：根据患者的病情和血气分析结果，合理调节氧流量，避免氧流量过大或过小。

(3) 监测血氧饱和度：使用血氧饱和度监测仪，实时监测患者的血氧饱和度，根据血氧饱和度的变化调整氧疗方案。

(4) 防止氧中毒：长时间高浓度吸氧可能会导致氧中毒，因此要严格控制吸氧时间和氧浓度。一般来说，吸氧浓度不宜超过60%，吸氧时间不宜过长。

2.3 药物治疗护理

2.3.1 支气管扩张剂

(1) 作用机制：支气管扩张剂是治疗支气管哮喘的主要药物之一，其作用是舒张气道平滑肌，缓解呼吸困难和喘息症状。常见的支气管扩张剂有 β_2 受体激动剂、抗胆碱能药物和茶碱类药物等。

(2) 护理要点：

1) β_2 受体激动剂可以通过雾化吸入、口服或静脉注射等方式给药。在雾化吸入时，要注意药物的剂量和浓度，以及雾化器的使用方法。雾化吸入后，要及时漱口，以减少药物在口腔和咽部的残留。口服或静脉注射 β_2 受体激动剂时，要注意观察患者的心率和血压变化，防止出现心悸、心律失常等不良反应。2) 抗胆碱能药物可以通过雾化吸入或定量吸入器给药。在使用时，要注意药物的剂量和使用方法，避免药物过量引起口干、视力模糊等不良反应。3) 茶碱类药物可以通过口服或静脉注射给药。在使用时，要注意监测血药浓度，避免药物中毒。还要注意观察患者的胃肠道反应、心律失常等不良反应。

2.3.2 糖皮质激素

(1) 作用机制：糖皮质激素是治疗重症支气管哮喘的重要药物之一，其作用是抑制气道炎症，减轻气道高反应性，缓解哮喘症状。糖皮质激素可以通过口服、静脉注射或雾化吸入等方式给药。

(2) 护理要点

1) 口服糖皮质激素时，要注意药物的剂量和时间，避免漏服或误服。同时，要注意观察患者的胃肠道反应、

血糖、血压等变化,防止出现不良反应。2)静脉注射糖皮质激素时,要注意药物的速度和浓度,避免药物过快或过浓引起不良反应。同时,要注意观察患者的病情变化,及时调整药物剂量。3)雾化吸入糖皮质激素时,要注意药物的剂量和浓度,以及雾化器的使用方法。雾化吸入后,要及时漱口,以减少药物在口腔和咽部的残留。

2.3.3 其他药物

(1)白三烯调节剂可以通过口服给药,其作用是抑制白三烯的合成和释放,减轻气道炎症。在使用时,要注意药物的剂量和时间,避免漏服或误服。(2)对于有过敏史的患者,可以使用抗过敏药物,如抗组胺药、肥大细胞稳定剂等^[3]。在使用时,要注意药物的剂量和不良反应,避免药物过敏。

2.4 心理护理

在重症支气管哮喘患者的护理中,心理护理至关重要。护理人员首先要及时评估患者心理状态,通过观察表情、交谈等方式,了解其焦虑、恐惧、紧张的程度,以及背后的心理需求。接着给予心理支持,以温暖的话语和行动关心、安慰患者,介绍疾病知识和治疗方法,让患者明白疾病是可治的,增强信心。对于不良情绪严重的患者,积极进行心理疏导。

2.5 饮食护理

(1)饮食原则:重症支气管哮喘患者的饮食应遵循清淡、易消化、营养丰富的原则。避免食用辛辣、油腻、刺激性食物,以及易引起过敏的食物,如海鲜、牛奶、鸡蛋等。

(2)增加营养摄入:患者应多摄入富含蛋白质、维生素和矿物质的食物,如瘦肉、鱼类、蛋类、新鲜蔬菜和水果等,以增强机体的免疫力,促进疾病的恢复。

(3)控制饮食量和饮食速度:患者应控制饮食量,避免暴饮暴食,以免加重胃肠道负担。同时,要控制饮食速度,避免过快进食,以免引起呛咳和呼吸困难。

(4)注意饮食卫生:患者应注意饮食卫生,避免食用不洁食物,以免引起胃肠道感染,加重病情。

2.6 休息与活动护理

重症支气管哮喘患者应保证充足的休息,避免过度劳累。患者可以采取半卧位或坐位,以减轻呼吸困难。在病情严重时,应绝对卧床休息,减少活动量。在病情

稳定后,患者可以适当进行活动,但要避免剧烈运动和过度劳累。可以进行散步、太极拳等有氧运动,以增强体质,提高心肺功能。在活动过程中,要注意观察患者的病情变化,如有不适,应立即停止活动。

2.7 并发症的预防与护理

(1)呼吸衰竭:重症支气管哮喘患者容易并发呼吸衰竭,护理人员要密切观察患者的呼吸情况,如呼吸频率、深度和节律的变化,以及意识状态的改变等。一旦发现患者出现呼吸衰竭的症状,应立即通知医生进行处理,并给予呼吸支持。

(2)心力衰竭:重症支气管哮喘患者由于长期缺氧和心脏负担加重,容易并发心力衰竭。护理人员要密切观察患者的心率、血压、尿量等变化,以及有无水肿、呼吸困难加重等症状。一旦发现患者出现心力衰竭的症状,应立即通知医生进行处理,并给予强心、利尿等治疗。

(3)肺部感染:重症支气管哮喘患者由于呼吸道分泌物增多,容易并发肺部感染。护理人员要加强呼吸道管理,及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。同时,要注意口腔卫生,避免口腔感染。对于长期使用糖皮质激素和广谱抗生素的患者,要注意预防真菌感染。

(4)气胸:重症支气管哮喘患者在剧烈咳嗽或哮喘发作严重时,容易并发气胸。护理人员要密切观察患者的胸痛、胸闷、呼吸困难等症状,以及胸部体征的变化。一旦发现患者出现气胸的症状,应立即通知医生进行处理,并给予胸腔闭式引流等治疗。

结束语:重症支气管哮喘的护理是一项复杂而艰巨的任务。护理人员通过全面的病情观察、科学的氧疗护理、规范的药物治疗护理、有效的心理疏导、合理的饮食安排、适度的休息与活动指导以及积极的并发症预防护理,能够显著提高患者的救治成功率和生活质量。

参考文献

- [1]李梅.护理干预对于重症支气管哮喘患者的影响分析[J].健康忠告,2020,000(011):P.48-48.
- [2]宋亚冰.护理干预在重症支气管哮喘中的应用研究[J].首都食品与医药,2019(2):01-05.
- [3]刘晓莉.护理干预在支气管哮喘急性加重期患者护理中的应用价值[J].黑龙江中医药,2020(4):02-06.