



内科护理

第二章 呼吸系统疾病病人的护理





第二章 呼吸系统疾病病人的护理

第九节 急性呼吸窘迫综合征病人的护理

主讲人：XXX



病人，女，52岁，因“发热2周，加重3天伴呼吸困难”来院。患者两周前无明显诱因下出现发热，体温最高达40℃伴寒战。咳嗽，咳少量白痰。予常规青霉素抗炎、对症处理效果不佳。2周来间断发热症状时轻时重。近三天来出现呼吸困难，且进行性加重，症状与体位无关。

护理体检：T 40℃、R 40次/min，BP 160/95mmHg。喘息状，口唇发绀。双肺呼吸音低，散在中小水泡音；HR137次/min，率齐，无杂音；

辅助检查：胸片：双肺浸润性斑片影，外周为重。血常规：WBC 10.2*10⁹/L，N 82%，Hb 112g/L，PLT 78*10⁹/L。血气分析：PaO₂ 52mmHg, PaCO₂ 28mmHg, SaO₂ %88

临床诊断：ARDS



- 1.列出该病人的主要护理诊断/问题。
- 2.说出病人的治疗要点。
- 3.为病人家属进行健康指导。



知识目标:

- 1.掌握急性呼吸窘迫综合征病人的护理评估、护理措施
- 2.熟悉急性呼吸窘迫综合征病人的辅助检查, 常见护理诊断/问题。
- 3.了解急性呼吸窘迫综合征病人的病因, 护理目标、护理评价。

能力目标:

- 1.能根据急性呼吸窘迫综合征案例列出护理诊断/问题。
- 2.能为急性呼吸窘迫综合征病人实施正确的护理措施。

素质目标:

- 1.具有有效的沟通能力, 尊重、关爱、理解病人, 给予病人人文关怀。



重点难点

重点

急性呼吸窘迫综合征病人的身体状况、护理措施及健康教育。

难点

急性呼吸窘迫综合征病人的护理措施。



急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, **ARDS**)是指由各种肺内外疾病因素所致的急性弥漫性、炎症性肺损伤引起的呼吸衰竭。临床上以呼吸频数、呼吸窘迫、顽固性低氧血症和呼吸衰竭为特征，影像学表现为肺部的非均一性、渗出性病变。主要病理改变为肺广泛充血、水肿和肺泡内透明膜形成。

炎症导致的肺微血管通透性增高、肺泡渗出液中富含蛋白质，进而导致肺水肿和透明膜形成，常伴肺泡出血。**病理生理改变以肺容积减少、肺顺应性降低，肺内分流增加及通气血流比例失衡为主。**

本病的病因尚不清楚。与ARDS发病相关的危险因素包括肺内（直接）因素和肺外（间接）因素两类。

(1) 肺内因素：指对肺的直接损伤。包括：①生物性因素，如重症肺炎；②化学性因素，如吸入胃内容物、毒气、烟尘及氧中毒（长时间吸入纯氧）等。③物理性因素，如肺挫伤、淹溺。国外报道，误吸胃内容物是发生ARDS的最常见危险因素，而我国最主要的危险因素是重症肺炎。

(2) 肺外因素：包括各种类型的非心源性休克、非肺源性感染中毒症、严重的非胸部创伤、多发性骨折、重度烧伤、输血相关急性肺损伤、重症胰腺炎、药物过量等。

(3) 其他因素：研究证实，虽然平时是否饮酒与ARDS发生无关，但过量饮酒人群ARDS的发病率比无饮酒史者高21%。

(一) 健康史

注意有无严重创伤、休克、败血症、弥散性血管内凝血和有毒气吸入、误吸反流的胃内容物、淹溺、大量输血、重症胰腺炎等引起ARDS发病的基础疾病；有无心肺疾病。



(二) 身体状况

除原发病的表现外，常在受到发病因素攻击（严重创伤、休克、误吸胃内容物等）后72小时内发生，表现为突然出现进行性呼吸困难、发绀，常伴有烦躁、焦虑、出汗，病人常感到胸廓紧束、严重憋气，即呼吸窘迫，不能被氧疗所改善，也不能用其他心肺疾病所解释。早期多无阳性体征或闻及少量细湿啰音；后期可闻及水泡音及管状呼吸音。



(三)心理-社会状况

环境陌生、病情中重、机械通气、语言交流障碍等使患者感觉紧张、焦虑、恐惧。家属担心亲人安危，也会产生焦虑。医疗费用高昂也增加了家庭经济负担。



- 1.气体交换受损** 与肺毛细血管损伤、肺水肿、肺泡内透明膜形成导致换气功能障碍有关。
- 2.清理呼吸道无效** 与呼吸道感染或阻塞、气道分泌物过多、呼吸肌无力及无效咳嗽有关。
- 3.低效性呼吸型态** 与不能进行有效呼吸有关。
- 4.焦虑** 与呼吸窘迫、疾病危重以及对环境和事态失去自主控制有关。
- 5.营养失调：低于机体需要量** 与气管插管和代谢增高有关。
- 6.语言沟通障碍** 与建立人工气道、极度衰弱有关。
- 7.潜在并发症：多脏器功能障碍等。**



- 1.病人缺氧情况缓解。
- 2.病人的原发病控制。
- 3.病人能有效沟通。
- 4.病人无并发症发生。
- 6.病人能了解疾病的相关知识。
- 7.病人能积极配合治疗及护理。



一、一般护理

1.休息与活动 将患者安置于重症监护病房实施监护，绝对卧床，给予高枕卧位或半卧位。病室内保持适宜的温度和湿度，定时通风换气。

2.营养 患者多处于高代谢状态，应补充足够营养，必要时鼻饲或静脉高营养。遵医嘱输液，维持适当的体液平衡，严格控制输液速度和量。加强皮肤和口腔护理，防止继发感染。

二、病情观察

- 观察生命体征，皮肤黏膜颜色及神志变化，记录24小时出入液量，监测SaO₂动脉血气分析指标。
- 观察呼吸机的运行情况 and 各项参数。一旦发现皮下出血、痰中带血、呕血、便血、血尿等，应及时通知医生采取措施。

三、运动康复护理

- 1.疾病知识指导 向患者及家属讲解积极治疗原发病的重要性。
- 2.生活指导 增强体质，加强营养。避免吸入刺激性气体，戒烟。避免劳累，预防呼吸道感染。

四、治疗配合

- 1.原发病治疗 是治疗ARDS的首要原则和基础。
- 2.氧疗 迅速纠正缺氧是抢救ARDS最重要的措施。一般需给予高浓度（ $> 50\%$ ），高流量（ $4\sim 6\text{L}/\text{min}$ ）给氧，使 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2 > 90\%$ 。给氧过程中氧气应充分湿化、防止气道黏膜干裂受损。记录吸氧方式、浓度和时间、观察氧疗效果和副作用。防止发生氧中毒。

四、治疗配合

3.机械通气 尽早使用机械通气为组织供氧。目前推荐使用最低呼气末正压(PEEP)通气,在使用PEEP时,应补充血容量,并从低水平开始,逐渐调整PEEP压力,机械通气采用小潮气量以防止肺泡扩张过度。无效或者病情加重时应尽快行气管切开或气管插管进行有创机械通气,做好人工气道和机械通气的常规护理。

4.通气模式的选择 目前尚无统一的标准,压力控制通气可以保证气道吸气压不超过预设水平,避免肺泡过度扩展而导致呼吸机相关肺损伤,较常用。其他可选的通气模式包括双相气道正压通气、压力释放通气等。联合使用肺复张法(recruitment maneuver)、俯卧位辅助通气等可进一步改善氧合。



四、治疗配合

5.液体管理 在血压稳定的前提下，液体出入量宜保持轻度负平衡（-500ml左右），可适当使用强效利尿剂促进水肿消退。ARDS早期除非有低蛋白血症，否则不宜输胶体液，以免加重肺水肿。大量出血的患者必须输血时宜输新鲜血。

6.营养支持与监护 ARDS时机体处于高代谢状态，应补充足够的营养。由于在禁食24~48小时后即可以出现肠道菌群异位，且全静脉营养可引起感染和血栓形成等并发症，因此宜早期开始胃肠营养。

7.其他治疗 糖皮质激素、表面活性物质替代治疗、吸入一氧化二氮等可能有一定的价值。



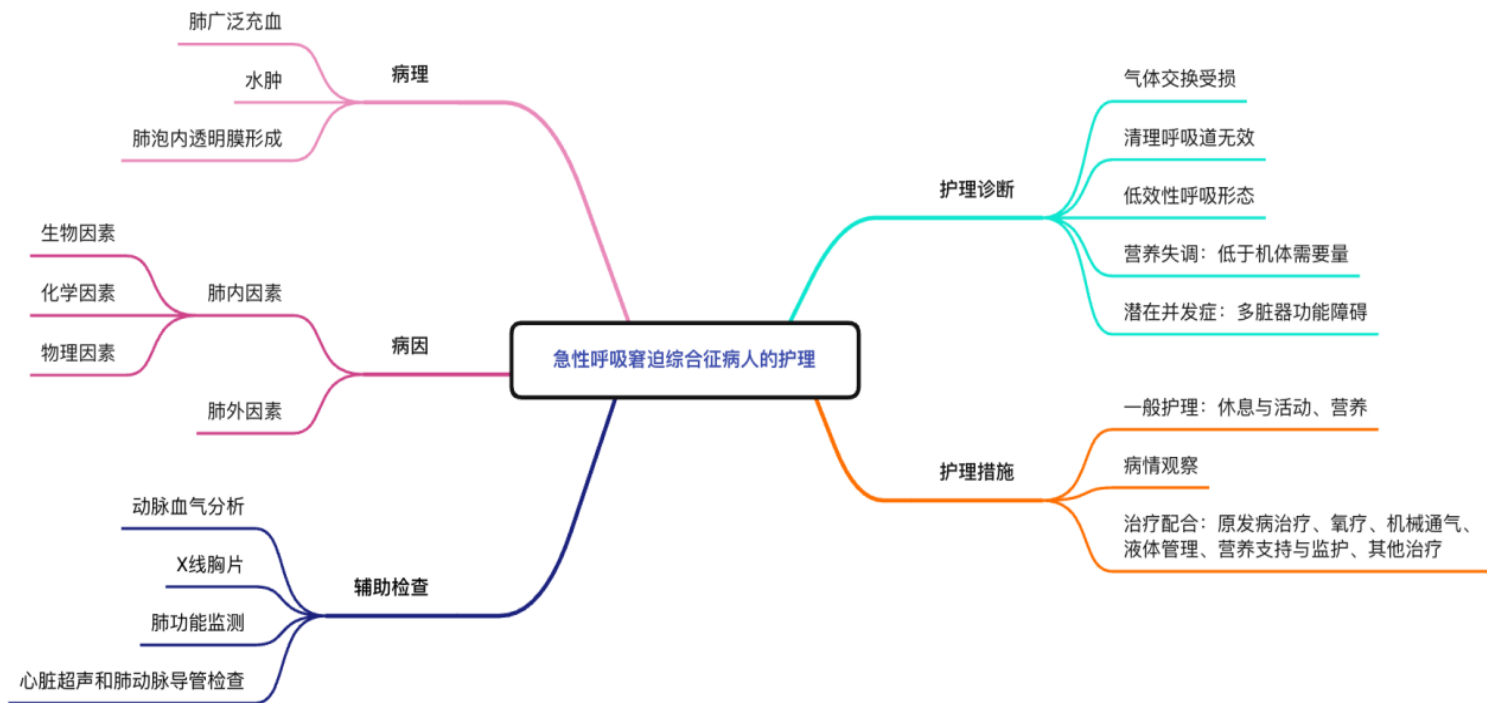
五、健康教育

- 1.疾病知识指导 向患者及家属讲解积极治疗原发病的重要性。
- 2.生活指导 增强体质，加强营养。避免吸入刺激性气体，戒烟。避免劳累，预防呼吸道感染。



病人缺氧情况是否得到缓解；原发病是否得到控制；能否进行有效沟通；治疗期间有无并发症发生；是否了解疾病的相关知识；是否了解疾病的相关知识；能否积极配合治疗及护理。

小结





谢谢观看

