

一例纤维支气管镜下行外源性类脂性肺炎肺泡灌洗术患者的护理

沈方平

南京医科大学附属逸夫医院 江苏南京

【摘要】 总结一例纤维支气管镜下行外源性类脂性肺炎肺泡灌洗术的护理，全面评估患者病情，简述局麻气管镜术前评估，健康教育，术中配合及术后的护理，医、护、患密切有效的配合，经过三次肺泡灌洗术，症状缓解出院。

【关键词】 外源性类脂性肺炎；纤维支气管镜；肺泡灌洗术；局部麻醉；护理

Nursing care of a patient with bronchoalveolar lavage with exogenous lipid pneumonia under fiberoptic bronchoscopy

Fangping Shen

Shaw Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing, Jiangsu, China

【Abstract】 To summarize the nursing of a case of bronchoalveolar lavage with exogenous lipid pneumonia under fiberoptic bronchoscopy, comprehensively evaluate the patient's condition, briefly describe the preoperative evaluation of local anesthesia bronchoscopy, health education, intraoperative cooperation and postoperative nursing, medical After three bronchoalveolar lavage operations, the symptoms were relieved and discharged.

【Keywords】 exogenous lipid pneumonia; fiberoptic bronchoscopy; bronchoalveolar lavage; local anesthesia; nursing

外源性类脂性肺炎是指油脂类物质（植物油，动物油，矿物油等）误吸入肺内所致，引起肺部急慢性炎症反应^[1]，是吸入性肺炎的一种特殊类型，临床上较少见，临床症状与影像学表现无特异性，易与多种肺部疾病（肺炎，肿瘤，结核，囊性纤维化）相混淆，容易误诊^[1] 2019 年 08 月 05 日，我院呼吸科收治一例外源性类脂性肺炎的患者，患者男性，32 岁，因误吸柴油（量不详），胸痛、发热 5 小时入院，柴油主要成分为烷烃和芳烃，不溶于水，吸入后易引起化学性肺炎，产生剧烈的窒息性咳嗽，胸闷、胸痛，痰中带血，呼吸困难，寒颤高热等。

在紧急情况下，除给予高浓度氧吸入，使用抗生素，糖皮质激素外，应使用支气管镜或气管插管将异物吸出。

明确病因后立即对其进行了局麻下行电子纤维支气管镜肺泡灌洗术，纤维支气管镜肺泡灌洗术是通过纤支镜嵌入到肺段或亚肺段水平，反复以无菌生理盐水灌洗回收的一项技术，依灌洗范围和目的的不同，将 BAL 方法分为 2 种：全肺灌洗和肺段或亚

肺段灌洗^[2]，本例患者行肺段灌洗，创伤小、疗效准

确、操作简便，并发症少，加快疾病的早期愈合。随着支气管镜诊疗技术在呼吸科中的迅猛发展，吸入性肺炎在过去治疗方法单一，效果不明显，经纤支镜行支气管灌洗已成为治疗吸入性肺炎的手段之一^[3]。因此，早期的支气管镜检查对吸入性肺炎的诊断尤为重要。

1 病例介绍

患者男性，32 岁，2019 年 08 月 05 日因误吸柴油，胸痛、发热 5 小时入院，诊断为外源性类脂性肺炎；胸腔积液。患者入院时神志清楚，精神萎靡，痛苦面容，既往否认有“高血压、2 型糖尿病、冠心病”病史，否认药物过敏史，实验室检查：白细胞： $14.49 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率 88.3%，单核细胞比率 3.6%，淋巴细胞比率 7.9%，中性粒细胞绝对值 $12.79 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 154g/L，血小板计数 $240 \times 10^9/L$ 。凝血全套、心梗三项、肝肾功能、电解质：未见明显异常。胸部 CT：考虑右肺中叶及左肺下叶炎症，心电图：窦性心动过速（106 次/分）。柴油吸入肺破坏肺表面活性物质，损伤支气管和肺泡上皮细胞，使肺泡血管通透性增高，进而导致肺泡渗出增多和化学性吸入性肺

炎,吸入量大时随时可能出现呼吸衰竭、呼吸窘迫等,严重时危及患者生命。完善相关检查于2019年08月05日下午21:30在局麻下行电子纤维支气管镜肺泡灌洗术。术中顺利,22:29术后安返病房,予替考拉宁联合哌拉西林他唑巴坦抗感染,艾司奥美拉唑抑酸护胃,甲泼尼龙激素抗炎,氟比洛芬酯间断止痛,住院期间间断行肺泡灌洗术,复查直至未见油性分泌物及坏死物,复查CT炎症较前吸收,症状缓解出院。

2 护理

2.1 术前护理

(1)术前病情评估:详细询问病史有无哮喘及基础疾病,药物过敏史,术前4小时禁饮,禁食,护士协助医生详细询问病史,了解吸入柴油的时间、胸部疼痛的位置、时间、性质、有无恶心呕吐,以确定柴油在吸入的过程中有无进入到消化道,排除消化道溃疡。了解病人心肺功能,病人耐受能力、配合程度以及麻醉方式,告知患者手术风险,签署知情同意书,术前30min指导患者取坐位,应用盐酸达克罗宁胶浆10ml分2次口含,同时叮嘱患者每次口含时间5min左右后咽下,完成后给予2%利多卡因5ml雾化吸入20min,充分麻醉咽部^[6],减少术中因插进过程中医源性损伤带来的疼痛。

(2)心理护理:柴油吸入肺破坏肺表面活性物质,损伤支气管和肺泡上皮细胞,使肺泡血管通透性增高,进而导致肺泡渗出增多和化学性吸入性肺炎,吸入量大时随时可能出现呼吸衰竭、呼吸窘迫等^[5],严重时危及患者生命,患者现疼痛难耐,对气管镜检查及治疗缺乏了解,存在焦虑恐惧的心理。因此,心理疏通工作非常必要,护士应向患者及家属详细解释此时行气管镜检查的必要性及术中正确配合治疗的方法,安抚患者,使患者保持情绪稳定。

(3)器械准备:备好型号适合的电子纤维支气管镜BF-1TQ290,检查机器性能是否完好,镜面及电视图像是否清晰,采图踏板是否可用,心电监护仪,氧气,吸引器性能良好,必要时备好人工复苏器,处于完好备用状态,提前备好1:1000肾上腺素术中止血用,无菌生理盐水肺泡灌洗用,2%利多卡因注射液术中局部麻醉用,预防气道痉挛备硫酸沙丁胺醇吸入气雾剂,及纤支镜痰液收集器,细胞刷,载玻片等

2.2 术中配合护理

中医护密切配合是治疗成功的因素之一,2019年08月05日21:20患者枕垫肩下取仰卧位,予心电监护监测生命体征,BP:132/79mmHg,P:105次/分,R:

23次/分,SPO2:96%,氧气吸入5L/分(因气管镜有鼻腔进入,高流量对鼻黏膜有刺激,故吸氧管方口腔内妥善固定)。和患者沟通,于患者进镜前再次局麻,盐酸羟甲唑啉喷雾剂喷双鼻,收缩鼻腔粘膜血管,扩宽鼻腔,棉签蘸取利多卡因胶浆延鼻中隔插入到鼻腔底部,数分钟后,取出棉签,嘱其张大嘴发出“啊”音,予2%利多卡因注射液,喷咽部深处,充分麻醉鼻咽部,21:30医生手持BF-1TQ290电子支气管镜石蜡油润滑由一侧鼻腔插入,采取“边麻边进”的利多卡因气管内局部黏膜表面麻醉法,经会厌见声带闭合良好,进入声门前予利多卡因1-2ml由内镜注入入口注入到声门处局部麻醉,镜头过声门后患者咳嗽厉害,再次注入2ml利多卡因继续前行见隆突锐利,隆突处再次予利多卡因2ml注入左右气道进行局部麻醉,缓慢进镜,查看气管各分支,先左侧上下肺各支气管通畅,未见出血及新生物,右主支气管见较多油脂性分泌物,粘膜充血水肿,连接痰液收集器,给予37℃生理盐水进行灌洗,每次40ml,总量160ml,负压(6.67-13.3KPa)吸引回收,术中间断负压吸引回收灌洗液,痰液收集器共回收约30mL,负压收集装置内吸出灌洗液约50ml,回收率40%-60%,反复抽吸直至量少无法吸出分泌物,抽出的灌洗液标本常温2小时内送检,右上叶、右中叶各段支气管管腔通畅,黏膜光滑,未见出血、新生物,右下叶黏膜充血水肿,未见破溃,过程中,密切观察患者生命体征,BP在116-152/67-89mmHg,P在102-134次/分,R在18-26次/分,SPO2在95%-99%配合医生进行局麻和灌洗,术中尤其注意观察患者呼吸和指脉氧,特别是患者局麻,意识清楚,操作中气管镜在气道内活动,镜身贴壁患者会频繁出现咳嗽反射,甚至会有濒死感,刺激气道出现气道痉挛,呼吸减弱或消失,指脉氧下降(<85%),以及患者不能耐受,应立即停止操作或退出纤支镜,调节氧流量待缺氧情况改善后再继续,术中同时密切关注患者的心理状态,此外灌洗量不宜过大,一般不超过300ml,吸痰及吸取灌洗液时间不宜过长^[3],于21:45退镜,留观30分钟。

2.3 术后护理

(1)2019年08月05日22:29术毕安返病房,术后禁饮禁食2小时后适量进水,如无呛咳进食温凉半流质,清淡易消化,观察患者是否有痰中带血,咯血,术后一般很少出现咯血,少量痰中带血一般不必特殊处理,1-3天可自愈,观察有无恶心呕吐,发热,若有不适及时告知医务人员,告知患者气道分支多,肺泡内仍有残留的柴油,后续还要再次进行肺泡灌洗,

术后可配合体位引流,参照CT和气管镜检查结果,根据吸入性肺炎的肺段分布,病变在右肺中下叶,患者取头低足高略向左侧卧位,嘱患者间隙做深呼吸后用力咳嗽,护理人员用手(手心屈曲呈凹状)轻拍背部,自下向上,自外向内,每天1-3次,每次15-30min,引流应在饭前进行,说服患者配合引流治疗。

(2)密切观察病情,术后患者胸痛稍好转,但仍不能平卧,出现恶心明显,心慌不适,遵医嘱持续心电图监护,鼻导管吸氧2-3L/分,半卧位,氟比洛芬酯间断止痛药,同时予以甲泼尼龙激素抗炎,且此次肺部感染炎症,有应激性溃疡风险,胃镜检查提示慢性胃炎,未见明显柴油损伤表现,予以替考拉宁联合哌拉西林他唑巴坦抗感染,艾司奥美拉唑抑酸护胃。

(3)心理护理:因气道分支多,肺泡内仍有残留的柴油和肺泡灌洗时注入的部分生理盐水,患者胸痛和发热症状仍会再出现,对症处理,必要时再次行电子纤维支气管镜肺泡灌洗术,和病人做好解释工作,协助患者家属和患者多沟通,减轻焦虑恐惧心理。(由于患者及家属对专业知识缺乏导致他们对疾病认识不足存在焦虑心理,因此,医护人员对患者及其家属所提出的有关疾病方面的问题应尽可能用通俗语言并予以详细解答与医师配合解除其焦虑、紧张情绪,做到技术娴熟,态度和蔼,保持患者情绪稳定,积极配合治疗)^[3]

(4)术后并发症的预防:常见的并发症有咳嗽咳痰增多、胸痛加重、咯血、发热、胸闷气喘,气胸,胸腔积液,食管气管瘘等,指导患者饮食温凉清淡易消化,予抗感染、止痛,化痰,护胃补液对症治疗。

(5)健康教育:患者职业是大货车司机,桶装柴(汽)油用吸管利用虹吸原理将油加入到油箱,很多人都会用嘴吸,很容易吸入到消化道或气道,柴(汽)油很容易会破坏细胞组织,引起严重的并发症,告知患者这样做的危险性和不可取性,如不慎吸入,立即就医,尽可能降低并发症的风险,缩短患者住院时间,加快促进患者疾病转归康复,保证生活质量。

3 小结

(1)早期一般刚吸入少量外源性类脂性液体不会立即出现症状,出现症状就医后常规询问病史一般不会问到是否吸入外源性类脂性液体,很容易耽误病情或影响病情的判断,对医务人员的入院评估要求极高,询问职业这一项对评估病情也是不可缺少的,临床上护士对入院患者应详细询问病史,做好病情观察和准备工作,保证支气管镜检查治疗及时实施,做好术前

术后宣教,促进疾病的早期愈合。

(2)明确吸入液体的性质和部位,解剖学气管分支较多,吸入的物体最易进入的是右肺下叶,右下肺的肺泡灌洗回抽率不高,一次的肺泡灌洗不能完全冲洗干净^[1],因此应做好详细术前评估和有效的沟通。术前评估包括病史,吸入液体的性质、量和时间以及胸部CT检查,明确肺炎的位置和面积大小,和胸痛的位置是否相符

(3)病情的紧急和病人的耐受程度,我们选择紧急局部麻醉下行气管镜肺泡灌洗术,支气管镜检查属于呼吸科常用的侵入性检查方法,恰当的局部麻醉方案能够为检查的顺利进行提供保障,盐酸达克罗宁胶浆联合利多卡因雾化吸入能够获取到的良好的麻醉效果,降低并发症的发生,减少患者的痛苦。

(4)在诊断,治疗过程中,尤其是患者在胸痛难忍的情况下,对诊治的顺利完成有着重要的作用,因此,操作者需具备过硬的内镜操作技术,与助手配合默契,动作轻柔快捷,尤其过鼻咽部和声门时,护士必须有高度的责任心,扎实的理论基础和专业技术,丰富的心理护理技巧,熟练的操作技能。

参考文献

- [1] 施洋峰,程哲. 1例柴油吸入致外源性类脂性肺炎并文献复习. 临床肺科杂志. 2017,22(8):1527-1530
- [2] 曾云,燕杨娟. 1例肺泡灌洗术治疗柴油引起吸入性肺炎. 中国伤残医学. 2014,22(11):296
- [3] 陈凤,误吸柴油致吸入性肺炎患者的护理护理实践与研究. 2014,1(3):29-30

收稿日期:2022年5月12日

出刊日期:2022年11月8日

引用本文:沈方平,一例纤维支气管镜下行外源性类脂性肺炎肺泡灌洗术患者的护理[J].当代护理,2022,3(9):4-6

DOI: 10.12208/j.cn.20220382

检索信息:RCCSE权威核心学术期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar等数据库收录期刊

版权声明:©2022作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS