

• 新冠专题 •

新型冠状病毒肺炎合并膀胱癌患者护理 1 例

李 波, 张 莹, 张素兰, 刘 鑫, 贾 政, 唐建华, 王朝虎, 桂 平

(四川省肿瘤医院, 四川成都 610041)

[关键词] 新型冠状病毒肺炎; 膀胱癌; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2020.19.001 中图分类号: R737; R511

文章编号: 1009-5519(2020)19-0001-03

文献标识码: A

新型冠状病毒肺炎(简称新冠肺炎)自 2019 年 12 月底暴发以来,已迅速蔓延至全国,以及多个国家和地区^[1-3]。人群对新型冠状病毒普遍易感,部分患者病情危重,有慢性基础疾病患者和老年人预后较差。肿瘤患者除受疾病影响外,在疾病预后不确定性因素影响下,极易产生巨大的心理压力,免疫力降低^[4],因此对新型冠状病毒的易感风险较普通人群更高。此外,肿瘤患者血液呈高凝状态,易导致血栓形成,增加肺动脉栓塞风险^[5];体内高代谢状态则导致更易发生营养不良等并发症^[6]。本研究分析了武汉大学人民医院收治的 1 例新冠肺炎合并膀胱癌患者的全程护理经过。具体报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,女,67 岁,武汉本地居民,因“发热伴气促”于 2020 年 2 月 6 日入院。2 月 5 日外院计算机断层扫描(CT)提示:双肺见多发斑片状磨玻璃影,可见网格状、条索状高密度影;新型冠状病毒核酸 RNA 检测:阳性。根据患者主要症状、流行病学史、影像学检查结果等诊断为新冠肺炎,收治入院。既往史:2 年前确诊膀胱癌,于外院行“膀胱全切术+输尿管造口术”,否认高血压、糖尿病、冠心病、呼吸道疾病、血栓等其他疾病史。入院查体:体温 37.9℃,脉搏 98 次/分,呼吸 27 次/分,氧饱和度 92%,血压 113/65 mm Hg;卡普里尼评分(Capriini 评分)6 分,营养风险筛查评分简表(NRS2002)评分 3 分。最终确诊为新冠肺炎重型。

1.2 辅助检查 患者入院后给予相应辅助检查,心肌钙蛋白 I(cTnI):0.052 ng/mL,总胆红素(TBIL):35.1 μmol/L,肌酐(Cr):289 μmol/L,降钙素原(PCT):1.3 μg/L,凝血酶原时间(PT):8.4 s,活化部分凝血活酶时间(APTT):19.88 s,D-二聚体:3.12 mg/L,提示患者存在明显的肝脏、肾脏功能损伤,感染明显,血液呈高凝状态;动脉血氧分压(PaO₂):71.7 mm Hg,动脉血二氧化碳分压(PaCO₂):54.4 mm Hg,吸入氧浓度(FiO₂):159.3 mm Hg,PaO₂/FiO₂:159.3,乳酸:4.1 mmol/L,提示为二型呼吸衰竭。

1.3 治疗措施 予以阿比多尔、利巴韦林联合抗病毒治疗;予以注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(舒普深)3.

0 g 静脉滴注,每 8 小时 1 次,抗感染治疗;予以解痉、化痰、保肝、抑酸、抗凝等其他对症治疗。患者入科时哮喘明显,予以甲泼尼龙 40 mg 静脉滴注,每天 1 次。

2 护理措施

2.1 经鼻高流量湿化氧疗(HFNC) 新冠肺炎重症患者多在发病 1 周后出现呼吸困难和(或)低氧血症,严重时快速进展为急性呼吸窘迫综合征^[7]。及时予以呼吸道干预,可帮助患者缓解呼吸道症状,渡过急性发作期。HFNC 是指通过高流量鼻塞持续为患者提供可调控,且吸氧浓度(21%~100%)、温度(31~37℃)和湿度相对恒定的高流量(8~80 L/min)吸入气体的治疗方式^[8]。在治疗过程中应做好健康宣教,取得患者充分配合。具体护理措施如下。(1)鼻导管选择:选取小于鼻孔内径 50% 的最大号鼻导管,在保证氧疗效果的同时,防止高速气流直接冲击患者额窦而带来的不适感。(2)注意事项:根据患者病情和耐受程度调节流量,初始流量为 30 L/min,温度为 37℃,FiO₂ 设为达到目标 PaO₂ 的最低值。新冠肺炎重症患者氧合差,呼吸困难明显,应做好病情观察,必要时进行机械通气。加强患者气道护理,保证痰液引流通畅,必要时联合进行胸部物理治疗及体位引流^[9]。(3)健康教育:告知患者在 HFNC 治疗过程中尽量关闭口腔以获得更大的气道内压,从而获得更好的疗效;指导患者调节鼻导管头带松紧程度,以舒适且不脱落为宜;告知患者不可自行调节氧疗参数,避免管路打折。患者在 HFNC 治疗期间依从性良好、配合度高,治疗 5 d 后改为双鼻塞序贯氧疗。

2.2 呼吸功能锻炼 呼吸肌训练可改善患者呼吸肌功能,增强其运动能力,减轻呼吸困难症状,改善肺功能损伤患者生活质量^[10]。针对该患者实际情况,予以加压训练及缩唇呼吸训练,以患者耐受为宜,帮助其增加肺容量、促进肺泡气交换,提升肺功能。(1)加压训练:患者仰卧位,保持身体正直、肌肉放松,将 2.5 kg 沙袋平放于上腹部靠近胸腔处,嘱患者匀速、缓慢深呼吸,吸气时尽量将沙袋顶至最高,呼气时尽量使沙袋降至最低,每组练习 2 min,重复 3 组。(2)缩唇呼吸:嘱患者深吸时缩小嘴唇、减小进气量,以增加气体吸入时的阻力,然后自然呼出,每组训练 10 次,重

复 5 组。根据患者病情,于入院第 2 日开始呼吸功能锻炼。锻炼前 2 日,每日间断行加压训练及缩唇呼吸,各 3 组,每组 1~2 min;患者病情缓解,第 3 日开始逐渐加量,每次各锻炼 3 组,每组 2 min,上、下午各进行 1 次。锻炼过程中严密监测患者生命体征,及时倾听患者主诉,出现异常及时终止。第 1 次呼吸功能训练第 2 组结束时,患者脉搏增至 115 次/分,呼吸增至 30 次/分,血压增至 145/89 mm Hg,氧饱和度降至 87%,自觉心慌、气紧。立即终止训练,抬高床头 45°,以半卧位休息,加大吸氧浓度并嘱患者进行深大呼吸,10 min 后脉搏 91 次/分,呼吸 23 次/分,血压 120/67 mm Hg,氧饱和度 94%;休息 1 h 后完成后续治疗,未再出现上述症状。

2.3 俯卧位通气 俯卧位通气是指患者取俯卧式体位,以增加功能残气量、改变膈肌运动方式和位置,有利于分泌物引流、改善肺依赖区通气/血流比、减少纵隔和心脏对肺的压迫、减少肺死腔、改变胸壁顺应性,从而改善氧合^[11]。针对患者呼吸及氧合状态,入科后立即行 HFNC 治疗,4 h 后协助患者进行俯卧位通气 4 h;此后每次 4 h,每日 2 次,其余时间左右侧俯位或半卧位休息。俯卧位通气治疗过程中监测患者生命体征变化及导管、皮肤情况,确保患者安全。患者首日俯卧位通气治疗后复查血气分析,氧合指数明显改善,自觉呼吸困难症状明显好转。

2.4 输尿管造口护理 输尿管造口术是直接将 2 根输尿管并腔或将两侧输尿管开口在腹部皮肤上。输尿管造口患者通过输尿管支架管引流尿液,患者不能自由控制排尿时间,需借助造口袋收集尿液,改变了患者正常的排泄方式^[12]。具体护理措施如下。(1)造口及周围皮肤护理:确保输尿管造口周围皮肤清洁,每日使用生理盐水清洗造口周围皮肤,将皮肤保护膜涂抹于造口周围皮肤并待干,造口周围出现红疹时使用造口护肤粉及防漏膏加强护理。严密观察造口及周围皮肤颜色、血运、弹性等,预防感染及造口坏死的发生。(2)造口袋的护理:保持造口袋处于低位,减少尿液对造口创面的刺激;根据造口大小剪裁造口袋底盘(底盘大小与造口大小一致,避免底盘开口过大引起周围皮肤浸渍样改变),尽量避开切口位置,以防尿液外渗。(3)造口袋更换:在患者清晨空腹、未输液及尿流量少时更换造口袋,增加换袋成功率。1~3 d 更换造口袋 1 次,同时检查造口松紧情况。(4)尿液监测:鼓励患者适当增加饮水,保持输尿管通畅,注意尿液颜色、性质的变化,准确记录 24 h 尿量。治疗过程中患者未出现漏尿、少尿、血尿、尿液引流不畅、造口皮肤浸渍样改变、腰痛等症状。

2.5 血栓预防 患者入院时 Caprini 评分 6 分,为静脉血栓极高危患者,因此预防血栓形成尤为重要。具体措施如下。(1)主动活动:鼓励并指导患者勤翻身,协助进行肢体屈伸运动,每日 3 次,每次 5~10 min,

促进血液循环。(2)药物预防:排除抗凝治疗禁忌证后,予以低分子肝素钠 4 000 U 预防性抗凝治疗,皮下注射,每日 1 次,及时监测患者凝血功能,防止出血发生。(3)机械预防:使用间歇充气泵提高股、腓静脉等血管血流速度,预防血流淤滞,每日 2 次,每次 2 h。(4)合理膳食:鼓励患者适当增加饮水量,每日超过 2 000 mL,以降低血液黏稠度;保持大便通畅,减少因腹压增高导致静脉回流受阻的风险。(5)加强查体:检查患者肢体肿胀情况,监测患者双下肢腿围、双上肢臂围,注意倾听患者主诉,包括有无肢体疼痛等不适感。治疗过程中,该患者四肢未出现肿胀,未见皮肤、黏膜出血倾向,无便秘等症状发生。

2.6 营养支持 肿瘤患者能量消耗大,极易因长期能量摄入不足导致慢性营养不良,因此需给予充足的能量补充^[6]。该患者入院时 NRS2002 评分 3 分,体质指数(BMI)指数 20.3 kg/m²,存在营养不良风险,因此需合理安排膳食,同时补充肠外营养。具体措施如下。(1)医院每餐提供主食,鼓励患者多进食。(2)除正餐外,鼓励患者进食牛奶、面包及水果等,在没有特殊治疗(如俯卧位通气)的前提下,增加进食次数、减少每次进食量。(3)该患者经口进食量不能达到日常能量需求,因此予以肠内营养粉剂(安素)60 g 口服,与正餐间隔服下;予以脂肪乳氨基酸(17)葡萄糖(11%)肠外营养液,每袋 1 440 mL,每次 1 袋静脉滴注,每天 1 次。营养支持治疗期间重点关注患者消化道情况,包括有无腹痛、腹胀、腹泻、出血等并发症;同时监测血糖,防止因血糖过高或低导致的并发症的发生。该患者在治疗期间间断出现高血糖,予以胰岛素对症处理后好转。未出现消化道并发症、静脉炎等。

2.7 心理护理 疫情的发生给人们带来巨大的心理压力,引发较多复杂的社会心理问题。膀胱全切肿瘤患者心理障碍发生率较高且程度较重,影响因素主要为自身情绪问题、生存质量问题和交往问题^[13]。护理过程中应切实为患者解决问题,主要包括:主动与患者沟通,为患者讲解新冠肺炎相关知识及治疗进展,分享新冠肺炎最新治愈案例,帮助患者树立战胜疾病的信心;加强家庭社会支持,协助患者以电话、视频聊天等方式与家人沟通交流;及时向患者解释仪器设备的使用和配合要点,告知患者氧疗注意事项;加强对患者的教育和指导,在治疗及护理工作中导入知行模式,增强医患信任感。该患者住院期间保持了与家人的密切沟通,护理干预及时,情绪较为稳定。

3 医护人员防护与消毒措施

3.1 医护人员防护 新型冠状病毒传染性强,因此应严格根据预防及三级防护原则,按不同病区分区选用不同级别的个人防护用品,并严格按照说明书要求进行穿戴^[14]。医疗区入口设专人严格检查口罩等防护用品佩戴情况,督促工作人员按标准程序穿脱工作

服及防护服,符合要求后方可进入;进入隔离病房时必须穿防护服(必要时外加手术隔离衣),佩戴 N95 口罩、护目镜和手套。每次接触患者,以及相关污染物后,立即使用快速手消毒剂进行手消毒。

3.2 消毒隔离 患者至医院隔离治疗后,定期对病区环境与接触物品进行全方位消毒处理^[15]。(1)患者于隔离病房进行隔离,向患者介绍病房环境及要求,病区内必须戴口罩。(2)加强室内空气、地表及物品表面的清洁和消毒工作。紫外线照射消毒,每次 2 h,每日 2 次;病室每日开窗通风 1~2 次,每次 30 min 以上;每日采用 2 000 mg/L 含氯制剂擦拭病室床头柜、门把手等物品表面 2 次以上;地面有肉眼可见污染物时,先用一次性吸水材料完全清除污染物,再进行消毒。(3)患者分泌物、血液、痰液、生活垃圾和病区内医用垃圾均按照医疗废物处理,用双层且具有生物防护标志的黄色塑料袋密封处理后标明"新冠用",使用专用密闭运送车送至垃圾站集中消毒处理。

4 治疗效果

患者经治疗后,各项指标较治疗前好转,2 月 23、25 日新型冠状病毒核酸 RNA 检测结果均为阴性;2 月 26 日 CT 检查显示双肺病灶大部分吸收;自觉症状明显缓解。辅助检查结果,cTnI:0.038 ng/mL,丙氨酸氨基转移酶(ALT):42 U/L,Cr:62 μmol/L,PCT:0.02 μg/L,PT:12 s,APTT:25.5 s,D-二聚体:1.21 mg/L;血气分析,PaO₂:101 mm Hg,PaCO₂:37 mm Hg,PaO₂/FiO₂:246.3,FiO₂:41%,Lac:0.6 mmol/L。2 月 26 日患者达到出院标准,转至指定酒店隔离观察。

5 小 结

肿瘤患者对新冠肺炎的易感性较大,肿瘤合并新冠肺炎患者的护理难度也更大。该例患者在入院时已出现明显的脏器功能损伤,肝、肾及凝血功能异常较为明显,进一步加大了治疗及护理难度。通过及时予以对症支持治疗和全程护理,患者病情得以控制并明显缓解。针对此类患者,做好呼吸道管理、输尿管造口护理、血栓预防、营养支持、心理护理及职业防护等护理和防护措施,能有效避免病情加重,提高患者

生活质量,为进一步治疗和康复赢得时间。

参考文献

- [1] WU F,ZHAO S,YU B,et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China[J]. Nature,2020,279(7798):1-8.
- [2] WANG D,HU B,HU C,et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan,China[J]. JAMA,2020,323(11):1061-1069.
- [3] 国家卫生健康委员会.截至 2 月 27 日 24 时新型冠状病毒肺炎疫情最新情况[EB/OL].北京:国家卫生健康委员会,2020-02-28 [2020-03-10],http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqtb/202002/d5e15557ee534fcb5aaa9301ea5235f.shtml.
- [4] 吴斌,武丽桂,袁玲,等.肿瘤晚期患者生存期预测研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(02):295-300.
- [5] 马军,秦叔逵,吴一龙,等.肿瘤相关静脉血栓栓塞症预防与治疗指南(2019 版)[J].中国肿瘤临床,2019,46(13):653-660.
- [6] 李增宁,陈伟,齐玉梅,等.恶性肿瘤患者膳食营养处方专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2017,4(4):397-408.
- [7] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)[Z].北京:国家卫生健康委员会,2020:1-15.
- [8] 中华医学会呼吸病学分会呼吸危重症医学学组,中国医师协会呼吸医师分会危重症医学工作委员会.成人经鼻高流量湿化氧疗临床规范应用专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2019,42(2):83-91.
- [9] 魏文举,张强,那海顺.经鼻高流量氧疗在成人患者中的应用进展[J].中华护理杂志,2016,51(7):853-857.
- [10] 钮金圆,李卫卫,张文通.肺功能康复的现状与研究进展[J].中国康复,2015(2):140-142.
- [11] GUERIN C,REIGNIER J,RICHARD J,et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome[J]. N Engl J Med,2013,368(23):2159-2168.
- [12] 龚婷,汤利萍,曹英.129 例膀胱癌输尿管皮肤造口患者病耻感现状及影响因素分析[J].护理学报,2019,26(24):36-40.
- [13] 孙柳,张爱英,王洁静,等.膀胱肿瘤患者心理痛苦状况及其相关因素[J].现代临床护理,2015(8):50-53.
- [14] 靳英辉,蔡林,程真顺,等.新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的肺炎诊疗快速建议指南(标准版)[J].解放军医学杂志,2020,45(1):1-20.
- [15] 魏秋华,任哲.2019 新型冠状病毒感染的肺炎疫源地消毒措施[J].中国消毒学杂志,2020,37(1):59-62.

(收稿日期:2020-03-30 修回日期:2020-04-11)