

一例肺泡蛋白沉积症患者肺腺癌术后的护理体会

詹雅薇 黄颖妍 吕艳秋 陈丽婷 陈晓敏

广州医科大学附属第一医院 广东广州 510000

摘要：总结1例肺泡蛋白沉积症患者肺腺癌术后的护理要点：完善术前评估及相关准备；密切观察生命体征；合理氧疗纠正呼吸困难；加强呼吸功能锻炼，预防肺部感染；实施气道廓清技术，提高排痰能力；加强营养支持、疼痛及管道的管理；制定出院准备服务及随访计划。

关键词：肺泡蛋白沉积症；罕见病；术后护理；氧疗；随访

肺泡蛋白沉积症（PAP）是一种罕见的肺泡内沉积含有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的脂蛋白质为特征的呼吸系统疾病^[1]，发生率为6.9/100万~8.0/100万^[2]，疾病进展可导致肺间质纤维化、机会性感染、呼吸衰竭等^[3]。较常会出现劳力性呼吸困难、咳嗽、伴或不伴咳痰，70%的患者会出现低氧血症。肺泡蛋白沉积症患者肺腺癌术后护理的报道很少见，我院于2024年2月21日收治1例肺泡蛋白沉积症合并肺腺癌的患者，通过积极治疗和精心护理，于3月11日好转出院，现将护理报道如下。

1 临床资料

李某，男，60岁，离退休人员，2023年9月22日经皮肺穿活检诊断左肺恶性肿瘤腺癌 cT2aN0M0 IB期，PET-CT检查诊断间质性肺炎，行新辅助化疗+免疫2个疗程后，原发肿瘤病灶缩小，间质性炎症可疑加重。12月17日支气管肺活检等检查明确诊断为“肺泡蛋白沉积症”，予激素、抗纤维化治疗、胸腔置管引流等对症治疗。于2024年2月21日门诊以“肺恶性肿瘤”收住我科，入院时患者血氧饱和度为94%~95%，精神、饮食、睡眠可，大小便正常。阑尾切除术术后，无传染病史，无食物或药物过敏史。戒烟一月余，戒酒三月余。肺功能示中度限制性肺通气功能障碍，弥散功能重度下降。运动平板心电图示窦性心动过速；运动终止后偶见房性早搏。6分钟步行试验行走距离为395米，前后血压分别为106/70mmHg、143/75mmHg，心率分别为77次/分、118次/分，血氧饱和度分别为94%、85%。2月29日在支气管内插管全麻下行3D胸腔镜下左上肺固有上叶切除术+淋巴结清扫术，留置右深静脉导管接镇痛泵，留置左胸管固定通畅，予抗感染、激素抗炎、止痛、祛痰、

平喘等对症治疗。术后第一天可引出暗红色胸液330ml，第四天可引出淡红色胸液50ml，予拔除胸腔引流管。血氧饱和度维持在95%以上，食欲佳，二便正常。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理

PAP为罕见病，间质性肺炎亦无特效药，治疗效果不显著，现合并肺腺癌，患者存在的心理问题比较突出。患者确诊肺癌后相继进行手术、化疗、靶向药物治疗，长周期的治疗使患者焦虑、恐惧的负性情绪累积，采用通用床模式为患者提供全程的心理支持。该模式指患者从入院到出院（除进入手术室外）均固定住在一个房间，在满足患者治疗、护理的同时家属可以全程陪伴并参与患者的康复过程，加强家庭支持，降低患者焦虑、恐惧，尤其是复杂危重病例的综合治疗方面效果显著。讲解手术的必要性，加强沟通，及时与患者分享康复中好转的指标和阶段性进步，缓解患者癌性疲乏和焦虑情绪。温和真诚对待患者，建立良好的护患关系。使用视频、宣传小册等详细讲解疾病的相关知识，解答可能存在的疑问和顾虑，减少对手术风险治疗效果和疾病预后的担心。采取阶梯式心理护理增强患者心理弹性，减轻疾病不确定感。^[4]

2.1.2 术前准备

针对该患者病情的特殊，举行了院士大查房，进行多学科团队会诊、合作及讨论。完善术前的必要检查，制定个性化的术前准备计划，以确保手术顺利进行并最大限度地减少术后并发症发生。向患者提供术前准备指导，术前至少4周严格戒烟戒酒，可以有效降低术后并发症及死亡率^[5]。

2.1.3 术前预康复训练

预康复训练可以增强体能，改善生理功能储备，减少应激反应，加速术后康复。针对该患者本身存在咳嗽痰多及血氧低下的基本症状，指导患者进行呼吸锻炼，促使气道黏液分泌物的松动和排出。

①深呼吸：采取合适体位，通过鼻子缓慢吸气，尽量使得气体填满胸部和腹部。吸满气后屏气，再慢慢地呼气，通过嘴巴（吹口哨样）将空气排出体外。每日3-5次，每次五分钟。

②腹式呼吸：取舒适体位，一手置于胸前，一手置于上腹部，用鼻缓慢吸气时膈肌最大程度下降，腹肌松弛，腹部突出，置于腹部的手感到腹部向上抬起。呼气时经口呼出，腹部塌陷，右手随之向胸、背部方向给以一定压力，帮助膈肌回复，手感到腹部下降。每日3-5次，每次五分钟。

③主动呼吸循环技术(ACBT)^[6]：包括呼吸控制、胸廓扩张运动和用力呼气技术。呼吸控制时放松胸部及肩部，用鼻深吸气至腹部隆起后再缩拢口唇缓慢呼气至腹部凹陷，控制吸、呼时间比为1:2~3。胸廓扩张运动即深呼吸。用力呼气技术是由1~2次呵气动作组成，正常吸气后声门保持张开，较快速地发出无声的“哈”。针对该患者特殊病情及实际排痰情况，指导其多做呼吸控制及用力呼气，以纠正低血氧情况较好的排出痰液。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察

术后初期，密切观察病情，定期监测患者的生命体征，及时评估术后恢复状况。

①密切观察生命体征：遵医嘱予心电监测，前1小时每15分钟巡视观察测量生命体征，后每小时巡视监测生命体征。由于患者本身患有冠心病，戒烟戒酒时间不长，发生心血管事件的概率仍较高，避免增加心肌耗氧量，且患者肺功能较差，更需要密切观察患者的呼吸状况，留意是否有呼吸困难、咳嗽加剧等症状。PAP影响着患者的呼吸功能，导致呼吸功能下降，术后尤其需要关注患者的血氧饱和度、心率等指标，发现异常及时处理。患者自诉气促、气短，轻度胸闷，遵医嘱予低流量给氧，必要时予以无创辅助通气。术后心率波动在84-113次/分，血氧饱和度波动在96-98%。

②做好管道护理：用“工”字高举平台法固定好胸管，做好管道标识。保持管道的通畅，避免挤压、反折及脱管。

保持胸管在腰部以下，定期更换引流瓶，每日观察胸腔引流液的颜色、性质、量及有无漏气等。若发现引流液变浑浊、颜色异常或者量增加，及时报告处理。

③做好疼痛护理：围手术期疼痛管理采用预镇痛、多模式镇痛方案。术后留置自控式静脉镇痛泵实施有效镇痛，使用数字疼痛评分法实时评估患者的疼痛程度。在锻炼过程中动作缓慢轻柔，避免伤口张力过大引起疼痛。采取中西医结合护理结合，运用中医适宜技术为患者个体化开展天灸以及热奄包，有效缓解术后疼痛。

2.2.2 肢体锻炼

适当的肢体锻炼对于恢复肌肉力量、促进血液循环和防止血栓形成具有重要意义。术后早日活动有助于患者锻炼关节肌肉，促使胃肠快速吸收消化，减少并发症，加快康复进程，达到了早日出院目的。^[7]

术后指导患者进行简单的床上活动，如伸展手臂、踝泵运动、过头摸对侧耳朵等，逐渐增加关节的灵活性和预防下肢静脉血栓。病情允许情况下逐渐进行床边站立训练，进行散步等轻度的有氧运动，提高心肺功能和增强身体的耐力。指导患者针对特定肌肉群的锻炼，如呼吸肌肉、腹部肌肉等。

密切关注患者情况，如有不适及时停止锻炼。术后第五天予6分钟步行试验行走距离为490米，前后血压分别为114/70mmHg、145/89mmHg，心率分别为70次/分、110次/分，血氧饱和度分别为95%、89%。通过科学合理心肺功能康复锻炼，降低肺部感染等并发症，提高术后生活质量。^[8]

2.2.3 预防并发症

PAP患者肺内巨噬细胞功能障碍以及表面活性物质下降导致呼吸道防御功能降低，肺内大量蛋白类物质沉积使细菌容易生长，因此PAP患者术后更容易感染^[9]，一旦发现异常情况，应立即采取措施进行处理，以确保患者的生命安全。定期评估病情，及时调整治疗方案，预防并减少并发症。从多个层面加以防范，确保患者能够平稳度过康复期。

①患者术后第一天体温39.2℃，需要密切监测其体温变化，Q4h测量体温，做好护理记录，遵医嘱予以对症处理。鼓励患者多喝水，提供清淡易消化的饮食。给予物理降温，及时更换干洁衣服和床单，有效地缓解不适感。加强健康教育，普及高热的相关知识，帮助患者和家属更好地配合治疗，提高降温护理的效果。

②加强营养支持治疗，通过摄取高蛋白、高维生素、

高热量、易消化的食物，如瘦肉、鸡蛋、牛奶，增强机体抵抗力，为术后恢复提供充足的营养支持。同时，避免食用油腻、辛辣、刺激性的食物，以免加重肺部及胃肠道负担。

③保持呼吸道通畅，尽量采取半卧位或坐位，协助患者进行深呼吸和有效咳嗽，定期翻身拍背，以促进肺部痰液的排出。该患者自主咳嗽能力差，遵医嘱予药物治疗及叩击拍背排痰，促进痰液排出，避免因痰液积聚引起肺部感染等并发症的发生^[9]。

④严格执行消毒隔离制度，做好手卫生，严格执行无菌操作原则，避免交叉感染。病房内应保持空气流通，定期开窗通风。

2.3 出院准备服务及随访

出院准备服务是指由多学科医疗团队共同讨论为患者和家属提供合适的出院后照护计划，并得到持续而完整的医疗照护服务。患者出院前6分钟步行试验行走距离为600米，前后血压分别为113/79mmHg、135/85mmHg，心率分别为73次/分、112次/分，血氧饱和度分别为96%、89%。

PAP严重影响了肺部正常功能，合并肺腺癌术后患者来说，出院后的随访工作尤为重要，需要对患者的整体恢复情况进行评估，包括观察呼吸状况、体力恢复以及精神状态等方面。采用莱塞斯咳嗽生活质量问卷（LCQ）对出院后第1、4、8和12周进行电话随访。患者出院第1周的LCQ得分为9.55分，第4周由于感染新冠没有明显改善，LCQ评分为7.38分，后逐渐好转，第8周及第12周LCQ分别为12.39分、15.14分。出院后3个月复查血常规结果正常，在家人照护下进食普通饮食，胃纳可，体重较前增加了2kg；能每日出门有氧步行2次，时间约30分钟；未吸氧情况下测量SpO₂在95%以上，无胸闷气促，间中咳嗽，咳中量白稀痰，轻体力活动量逐步增加，可以做八段锦，打太极等有氧活动，平卧位睡眠好。静息状态下无明显胸闷、气急，活动后有胸闷气急，休息后可缓解。4周后复查肺部CT，影像学明显好转，心理状态稳定。

3 小结

PAP本为呼吸系统罕见病，加之患有间质性肺炎及冠心病，术前需进行全面仔细、个性化检查及评估。因本身疾病易引发低血氧症及感染等并发症，围手术期更需要密切观

察生命体征，尤其心率、体温、血氧饱和度等，为其制定个性化的康复指导及随访，及时发现并处理患者可能出现的问题，提高患者的生活质量。

参考文献：

[1] 中国医师协会呼吸医师分会病理工作委员会，上海市医师协会病理科医师分会胸部病理学组，肺泡蛋白沉积症细胞学病理诊断中国专家共识[J]. 临床与实验病理学杂志,2023,39(4):385-391.

[2]Chuang CH, Cheng CH, Tsai YC, et al. Pulmonary alveolar proteinosis in Taiwan[J].J Formos Med Assoc, 2023. Epub ahead of print.PMID: 37105870.DOI:10.1016/j.jfma.2023.04.002.

[3] 李雅静，柴燕玲. 全肺灌洗治疗肺泡蛋白沉积症1例并文献复习[J]. 现代医药卫生, 2022, 38(7): 1256-1260.

[4] 张亮亮, 吕娅敏, 陈鲁玉. 阶梯式心理护理对肺癌手术患者疾病不确定感、应对方式的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(14):68-70. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2023.14.022.

[5] 高树庚, 加速康复外科在肺癌围术期管理中的应用[J]. 山东大学学报(医学版),2022,60(11):1-10. DOI:10.6040/j.issn.1671-7554.0.2022.1100.

[6] 马莉, 张莹英. 自主呼吸循环技术在呼吸系统疾病康复中的作用研究[J]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(8):23.

[7] 许冬梅, 肺癌患者同手术期加速康复护理的应用价值分析[J]. 中外医学研究. 2019.17(24): 87-88.

[8]Messaggi-Sartor M, Marco E, Mart í nez-T é llez E, et al.Combined aerobic exercise and high-intensity respiratory muscle training in patients surgically treated for non-small cell lung cancer:a pilot randomized clinical trial [J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2019,55(1):113-122.

[9] 乐倩, 余卓文, 张晓蕾等. 1例肺泡蛋白沉积症患儿行全肺灌洗治疗的护理[J]. 中华护理杂志,2021,56(7):997-1000.

作者简介：

詹雅薇（1992—），女，汉，广东省广州市人，本科，广州医科大学附属第一医院，护长，胸外科护理