维普资讯 http://www.cqvip.com

肺挫伤并血气胸、长骨骨折2例。

1.2 机械通气方法

人工气道建立:经口、鼻气管插管3~7 d后行气管切开。机械通气模式:先予以容量或压力控制通气模式,7~20 d改为压力支持通气或同步间歇指令通气(SIMV),其中有28例加用呼气末正压通气(PEEP),压力为5~10 cmH_2O,呼吸频率15~23次/分,通气参数根据血气分析结果调节,吸氧浓度为40~100%。

2 气道管理

2.1 加强气道的湿化,保持气道通畅

正常时鼻腔、呼吸道粘膜能对吸入气体有加温和湿化的作用。建立人工气道时,吸入气的湿化和加强功能由气管、支气管树粘膜来完成,易引起气道粘膜干燥,分泌物粘稠而形成痰痂。实验证明,肺部感染率随气道湿化程度的降低而升高。由此可见,人工气道的管理中,必须给予充分的气道湿化,尤其是建立气管切开的病人,它每日由呼吸道丧失的水分达250 ml,为补充消耗量,每日除了给予湿化器加温湿化外,尚需每0.5~1 h向气道滴注0.45%盐水1~2 ml,且吸痰前后也需向气道滴注盐水5~15 ml,使每日湿化液量不少于250 ml。

2.2 排痰的管理

吸痰对长时间使用呼吸机的病人来说是一项重要的护理操作,对保持气道通畅,改善通气和控制感染都是极为重要的。若操作不当,可致缺氧或低氧血症,吸引时间过长,压力过高或吸引管太粗等都可能导致肺不张、气道痉挛、心律失常、血压变化、颅内压升高或气道损伤等。

吸痰时间:根据病人的需要而定,不必定时吸痰,以免过多刺激气道致分泌物增多或气道的损伤,但出现以下情况时必须吸痰:(1)呼吸机管内压力升高;(2)病人呼吸与呼吸机有抵抗、咳嗽、听诊肺部有罗音;(3)血氧饱和度(SaO_2)下降。

吸痰的方法:吸痰前,将加入糜蛋白酶和肝素液的0.45%无菌盐水注入气道,每次5~10 ml,并根据分泌物的量、粘稠度,决定注入盐水的次数。然后在病情许可的情况下给予翻身、叩背。叩背时要自下而上,由内到外的顺序进行,使支气管末端的痰液因振动产生咳嗽反射将痰液咳出。最后选择管径合适的一次性吸痰管进行吸痰。吸痰时动作轻柔,吸至痰多处左右旋转吸引5~10″后迅速上提吸引管,以免误伤气道。对一次不能吸净的,先连接呼吸机待SaO_2回升后再行吸痰。如病人出现肺不张或吸痰效果不佳,可在纤维支气管镜直视下对支气道吸引、冲洗,以消除局部肺不张,并可留取下呼吸道分泌物进行细菌培养,指导抗生素的使用。

正确调节呼吸机各项参数,重视吸痰前、中、后的供氧:本组病人都是长时间使用呼吸机的多发伤患者,存在不同程度的缺氧和呼吸机的依赖。如在缺氧状态下吸痰,很容易导致血压下降,SaO_2下降,心跳先快后慢,甚至心脏停跳。为此,在吸痰的前、中、后必须注意氧的供给。吸痰前可吸入纯氧3~5min,若呼吸机有增氧程序可调节为该程序,待SaO_2保持在95%左右时方可吸痰。吸痰时动作应敏捷利落,一次吸痰时间不超过15″。吸痰后再吸入纯氧10~15 min或提高PEEP 2~3 cmH_2O 5~10min,以增加肺的功能残气量,改善通气。

2.3 妥善固定气管导管,注意导管气囊的管理

气管气囊的压力是决定气囊是否损伤气道粘膜的重要因素,故应注意调节气囊的压力。气囊压力太小,使导管气囊与气管之间有间隙导致漏气,造成肺泡通气的不足,甚至导管的滑脱,使病人缺氧加重;气囊压力太大,长时间压迫气管粘膜,造成气道粘膜缺血、坏死、糜烂、溃疡以及损伤血管出血而增加治疗的难度。故我们给气囊打气时要寻找一个适合病人的最小封闭压力,即有效封闭气囊与气管间隙的最小压力。作法是:给气囊打气时宜慢,并将听诊器放于颈喉部及气管的位置,听到无漏气时即停止打气。此时封闭气囊的压力即是最小封闭压力。最小封闭压力确定后一般不予定时气囊放气。当出现漏气及PEEP明显改变时,需重新确定气囊压力。

2.4 操作中严格无菌,加强口腔护理,预防和减少医源性感染的发生

在进行各项护理操作时都必须注意无菌,尤其是进行吸痰时,吸痰管一次性使用,长时间机械通气的呼吸机管道应每2~3 d更换消毒一次。口腔护理应清洗彻底,必要时给予喉镜直视下清洗口腔及咽喉部。

(收稿日期:2003-05-01)

语言交流与护理的关系

钟 华*

随着医学模式的转变和护理观念的更新,人们越来越重视社会因素和心理因素对疾病的影响,因而护患关系的协调融洽就成为高质量护理的中心内容之一。不和谐的护患关系往往由误解、对病人强行管理,特别是护士用语不当而引起。现就语言交流与护理的关系作一个初步探讨。

1 语言交流在护理中的作用

语言交流是人运用语言材料和语言规则,通过口头说出或

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学西南医院ICU

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

用形体表达的活动。通过口头说出的就是直接的语言交流，而另一种非语言的交流方式—形体语言则通常发生在语言交流的同时，它是自然的、自发的，经常是无意识地表达着生理和心理状态，通常和文化背景相关。

有研究证明，护士与病人之间及护士与工作人员之间的交流是构成护理质量的有效组成部分，好的口头和文字交流是提供满意服务的保证。Dennison等研究指出语言在护理程序和交流中具有重要的作用，良好恰当的语言和非语言交流能促进建立良好的护患关系，从而直接影响病人的心理变化和疾病的康复进度，正是所谓的"良言一句三冬暖，恶语伤人六月寒"。对护士而言，也能使其心情舒畅，带来愉快的情绪有益于工作。

护士与病人接触时，病人可以从护士谈话的内容、表情等方面产生喜悦或厌恶、满意或恐惧等不同的体验，护士亲切、诚恳的语言可以为治疗创造先决条件，而简单、不慎的语言刺激，比其它感官刺激更为强烈。例如对未婚已孕的就诊者就不得训斥，说些"小小年纪不学好"或者"给父母丢脸"之类的话，更不能嘲讽鄙视，因为这类患者有着特殊的心理活动，她们不但害羞，而且恐惧。护士应正确引导，忠言劝告，并及时实施终止妊娠措施。护士都应注意自己说话的方式方法，抓住病人的轻微感情变化，多给予鼓励性的语言，如说："你的面色好多了"或"过几天你的病一定会好的"或说"这种药你吃了会有效的"等，这无疑在护患关系中起了促进作用，有利于我们护理工作的顺利开展，并且可以增强病人对治疗的信心。

2 影响语言交流的几种因素

2.1 交流的技巧

Tayler在研究护士的基础能力中指出临床护理工作中人际交流技巧和道德品行同样重要，而语言则是交流的特殊组成部分。与病人接触时，首先，我们应多用解释性、鼓励性和暗示性的语言。把病人当作人，不单单是个病例。其次，交流时要重视并注意听病人陈述，护理人员能真正倾听病人的陈述具有重要意义，使患者能够自由自在地倾诉内心的烦恼或痛苦，使病人产生一种满足感，被信任感，被接受，被尊重和被理解的感觉。不仅有助于护士深入了解患者的心理活动、问题与需要，还促进了护患关系的发展。护士不但要善于用耳朵听，还要善于用眼睛和心灵透过病人所说的问题，掌握有用的信息。此外，在姿势上，坐或目光平视能减少冲突和更好地交流。不幸的是，护士往往将交流当成了一种负担，寡言少语或无话可说，导致病人不理解和误解。所以护士还应在学习掌握交流技巧，改善病人情绪，给病人以精神上支持，传播信息知识，改善护士自身知识结构，提高解决问题的实际能力等方面继续努力。

2.2 语言与形体语言的一致性

单独的一段语言有时很难说明意图，甚至可能导致误解。为了清楚地表达要传递的信息，就应注意所说的和形体语言的一致性。假如你焦虑不安，则可能面部表情紧张，大声或固执地说话。当怒视别人时，不论你说什么，甚至在说话之前，别人已经体会到你的愤怒。所以，护士和病人交流的时候，必须注意语言和形体语言的一致，随时表达出对病人的理解，对病人状况的关心，也给病人表达真实情况的机会。

2.3 时间的掌握

时间的长短以及时间的选择都能影响护患交流的结果。如果护士能深刻地理解到交流是整体护理的重要内容。那么她们才会想花时间去与病人交流，管理者也应为护士提供一个支持和有利于交流的环境，只有提供给护士足够的时间和支持，她们才会使用交流技巧来帮助病人解决问题。另外，在时间的选择上，也同样重要，例如病人正在与来探视的朋友兴高采烈地谈话，你径直过去，说现在要对他进行健康宣教，并让其朋友离开，此时，病人肯定会表现出厌烦，这样一来，不但影响护士自身形象，而且间接影响了对病人的护理质量。

3 应注意的问题

3.1 切忌命令的口吻

"既然你是我的病人，你就得听我的"这种高高在上的看法是错误的。在前面已经提到了，病人不仅是一个病例，他是具有思维的人。护士往往根据护理原则有权命令病人做某事或坚决不让病人做某事，其目的是为了病人早日康复，并无恶意，而对病人来说，则是强迫性的让人接受。这样就忽视了护患双方的处境不同，结果是事与愿违。

3.2 切忌消极性语言

即切忌生硬缺乏耐心的语言和缺乏礼貌伤害病人自尊心的语言。如临床中以病床号代姓名，对病人缺乏称呼或无原则的给病人随便答话等都会使病人自尊心受到损害或心理上蒙受打击。护士应自觉培养良好的语言习惯，如对病人提出要求，应加"请"，拒绝病人的请求或不能满足病人的要求时，要道"对不起"，还可根据职业或年龄称呼病人"先生"、"太太"或"叔叔"、"阿姨"等。只有从这些具体小事和平时做起，才能把积极性语言真正落实到自己的护理工作中去，让语言为我们的护理工作服务。

3.3 注意说话的语调

说话时的语调要舒缓柔和，单调生硬的声音让人听不进去，认为不重要。调整声调显示护士本身对讲述内容的兴趣，促使病人去听，利于病人参与讨论和护患沟通，但是严厉高亢的声调，也会使有礼貌的语句变成粗暴、不诚恳、令人不愉快的语言。

3.4 言语慎重

关于病人的隐私不应随意泄露，亦不能当作闲谈的笑料，特别是对于危重病人病情的变化，什么应由护士交待给家属，什么不该说，都应慎重对待。另外，需要注意的是，在病人面前要避免谈论有损于其他医务人员威信的言语，更不能谈论医务人员间的私生活及技术能力，要注意树立医务人员的威信，使病人有安全感。

语言交流与护理的关系是密切相关的，一个训练有素的护士，不仅善于诱导病人说话，耐心诚恳地倾听病人谈话，而且能通过病人的语言了解病人的需要，使病人心中郁结的苦恼疏泄出来，从而有利于护理，促进治疗。因而，加强护士的专业语言训练是很重要的。

（收稿日期：2003－05－01）