维普资讯 http://www.cqvip.com

极易发生吸入性中毒或全身中毒,故应密切观察生命体征及全身反应,如有异常及时与医生取得联系。

创面渗出多时及时用消毒棉签擦干,避免鼻涕、痰液,眼泪粘在创面上而继发感染,经常变换体位以防创面受压,尤其是耳朵,避免造成耳部畸形。合并颈部烧伤者应取仰头姿势,防止愈合后瘢痕挛缩而抬不起头。

病房要严格执行消毒隔离制度,经常开窗通风,定期进行空气细菌培养,用消毒液擦地及紫外线灯消毒,每日3次,颜面创面应妥善处理,换药时严格无菌操作并用红外线灯照射患处,室温保持在28~32℃,湿度60%左右,为病人提供一个清洁舒适的康复环境。

3 特殊部位的护理

3.1 眼的护理

由于颜面部皮肤细嫩,皮下组织疏松,血运丰富,故烧伤后水肿明显,影响眼睑分开,分泌物不易清除,易使结膜和角膜继发感染,对眼结膜和角膜未受损者,应及时擦拭眼睑分泌物,每日用氯霉素眼药水滴眼数次加以保护,眼睑水肿外翻不能回纳时,定时涂红霉素眼膏或用无菌油纱条覆盖眼球,保持眼部清洁,防止角膜受损,对结合膜或角膜有损伤时,除按时涂眼膏外,还必须用消毒的玻璃眼棒分离眼睑与眼球结膜,以防发生粘连。

3.2 耳的护理

对于耳部烧伤者,应保持局部清洁干燥,防止口腔、鼻腔、咽喉部的分泌物经耳咽管进入耳道而造成感染,及时用消毒棉签清除外耳道分泌物,如有耳廓烧伤而损伤软骨支架者应加以保护,防止局部受压,卧时用小枕头使双耳悬空,侧卧时耳部垫耳圈,防止受压后发生耳软骨炎及中耳炎。

3.3 鼻的护理

鼻腔应经常保持清洁,有分泌物时及时擦拭,剪去鼻毛,痂皮随时清除,为保持鼻腔通畅可定时滴入石蜡油,经常用抗生素滴鼻以防感染。

3.4 口腔的护理

由于烧伤早期口唇水肿外翻呈鱼口状,口腔粘膜暴露在空气中,故应定时擦拭分泌物及脱落的粘膜,并覆盖等渗生理盐水纱布,保持口腔粘膜湿润,口腔内如有溃疡可用口泰漱口、涂冰硼散;有霉菌生长时涂制霉菌素;口唇干燥结痂时可涂石蜡油,保持柔软。进食时,口周围用消毒纱布保护,以免污染创面。烧伤早期张口困难可用吸管给予流质饮食,待肿胀消退后进半流食或软食,每次食后用盐水棉球轻拭口腔及周围创面,保持创面清洁。

3.5 呼吸道的护理

颜面部烧伤的病人如伴有呼吸道烧伤,应注意密切观察病情变化,间断低流量吸氧,保持呼吸道通畅,以维持良好的通气功能,每日进行雾化吸入数次,及时清除痰液及口腔、咽喉部分泌物,必要时吸痰并备好气管切开包以防发生窒息。

4 心理护理

颜面部烧伤的病人往往是在无任何思想准备的前提下受伤,并不同程度的造成面部疤痕。眼,耳,鼻畸形等症状,因而给病人带来沉重的精神压力和心理负担,尤其是未婚女性,其恐惧、害怕心理就更为严重。为此,要积极主动向病人解释病情,耐心疏导病人心理障碍,消除病人思想顾虑和自卑心理,使不同年龄,性别的病人保持最佳的心理状态和情绪,增强治疗疾病的信心,使病人主动配合医生治疗,早日康复。

综上所述,颜面部烧伤合并有眼、耳、鼻口呼吸道烧伤的病人,只要进行精心的生理和心理护理均能获得良好的效果,使之早日康复出院。

(收稿日期:2003-04-22)

多发伤后急性呼吸衰竭患者长时间机械通气的气道管理

刘茂英* 谢先会* 钟 华* 钟红玲*

多发伤后引起多器官功能不全并不少见,而肺脏是最先受到影响的器官,常致急性呼吸衰竭。其死亡率非常高,Gerd报道为65.5%。机械通气是救治此类病人必不可少的措施之一。病人机械通气的时间常在10~25 d左右,有的甚至长达2月余。因此,为使多发伤后长时间机械通气患者成功脱离呼吸机,除了加强呼吸功能监测、抗感染和营养支持等综合治疗外,实施正确、有效的气道管理尤为重要,对提高多发伤救治成功率起到了重要作用。我科98年1月至2002年11月共收治多发伤患者106例,其中长时间机械通气治疗的病人有34例,现将其气道管理的体会介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

34例多发伤病人,男27例,女7例,年龄31~72岁,脑挫伤并肋骨多发性骨折、双侧血胸17例,硬膜下血肿并肝破裂、肺挫伤8例,硬膜外血肿并肝脾破裂4例,肺挫伤并肝破裂3例,

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学附属西南医院ICU

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