

· 经验介绍 ·

机械通气救治肺结核大咯血并窒息的护理经验

王琳

(同济大学附属上海肺科医院 上海 200433)

咯血是肺结核的常见症状,咯血窒息是咯血患者死亡的主要原因,气管插管能及时解除呼吸道阻塞达到有效通气。作者收集了 2004 年 9 月—2007 年 5 月肺结核大咯血并窒息行气管插管机械辅助通气治疗患者共 15 例的相关资料,现将护理经验介绍如下:

资料与方法

1. 一般资料:2004 年 9 月~2007 年 5 月在我院治疗的 15 例肺结核大咯血并窒息患者,男 8 例,女 7 例。年龄 18~75 岁,平均 54.4 岁。15 例患者均符合大咯血诊断标准,窒息后出现意识障碍,呼吸骤停、牙关紧闭及抽搐、面色苍白或青紫,6 例出现小便失禁。

2. 方法:全部病例均选择紧急经口气管插管,插管后立即用吸痰管吸尽气管和口腔内的积血接呼吸机辅助通气,并根据监护仪监测的动脉血氧饱和度(SaO_2)变化和动脉血气分析的结果及自主呼吸恢复情况逐步调整呼吸机模式和参数。出血停止并稳定后,自主呼吸功能良好,血气分析正常,间断脱机气管内吸氧观察 6~24 h 后拔除气管插管。

结 果

15 例患者行机械通气置管时间 2~12 d,平均 6.2 d。其中 13 例咯血停止稳定脱机后复查胸片无阻塞性肺不张征象,并成功撤机,1 例因反复咯血于机械通气后第 5 d 转外科手术治疗,1 例因出血病灶不明确,出血不止,严重呼吸衰竭而死亡。

护理及讨论

1. 病情观察:采用多参数监护仪动态监测血压、心率、呼吸及血氧饱和度,同时注意观察患者的神志、尿量、皮肤及甲床色泽变化,及时发现休克,小便失禁可留置导尿管,以便正确评估尿量,并随时检测血生化及动脉血气指标。观察咯血量及吸引量,并注意血液颜色的变化,持续有鲜红色或稠厚混有

坏死组织血液吸出,提示活动性出血,需警惕。机械通气后患者的意识会逐渐恢复,部分患者意识转变过程中无意识行为增强,必须加强监护,防止计划外拔管引起急性缺氧甚至循环暂停^[1]。保持两路静脉通路的通畅,密切观察止血药物的作用和副作用,使用垂体后叶素时需控制静脉输液滴速,可给予静脉滴泵,同时每半小时测量血压 1 次,有高血压史或基础血压较高者可 10~15 min 测量 1 次,还应防止药液外渗,一旦外渗需立即停止输注,并用生理盐水局封,抬高患肢,局部可用 50%硫酸镁湿敷。

2. 一般护理:咯血期间不宜进行翻身、拍背等操作,以免血压波动再次诱发或加重出血。咯出的血液经常污染床单位及病衣裤,更换床单时 2~3 人同时配合操作,患者保持平卧位,护士先拉住床单的四角将患者抬起移至床的一边,采用半边更换法,搬动时动作宜平稳,以减少患者胸部的活动。病衣反穿,同时避免衣扣及各种导联线因受压对机体皮肤的伤害。采取平卧位与患侧 30°卧位(患者身体与床的角度)交替放置,避免压疮的发生。进行治疗和其他护理时应两人配合,避免过多地翻动患者,注意防止因操作不当导致的管道滑脱。咯血时可在患侧胸部放置沙袋或冰袋。冰袋可降低局部体表温度,增加舒适感,解除患者的紧张情绪,并可起到局部压迫作用,限制胸部活动,减少咯血。但使用时应避免直接接触病人的皮肤,并注意其他部位的保暖。血液为细菌的良好培养基,同时血液下沿易引起窒息的再次发生,应及时、彻底吸尽口鼻腔内积血及分泌物,加强口腔护理,清除口腔、面部及气管插管管道表面的血液和血迹。置管时间较长者可留置胃管,采用指压胃管置入法,利用手指的敏感性和柔软性一次将胃管送入食管内,可行性高^[3],同时给予高蛋白、高热量、高维生素的温凉流质,并做好留置胃管的护理,准确记录出入量。保持大便通畅,必要时给予通便措施,出现黑色便时要警惕消化道出血,正确与误吞血液相区分。患者置单房间或抢救室,病室温度保持在 20℃~22℃,相对湿度 65%~70%,病

室空气采用负压抽气气体交换法,每日 3 次,每次 30 min。病室内物品表面及地面用 1000 mg/L 有效氯消毒液擦拭每日早晚各 1 次。床边备手快速消毒剂,每次操作后及时清洗或消毒双手。工作人员外露皮肤被血液或痰液污染时必须立刻进行清洗,工作服污染时必须立即更换。家属避免陪护或入室探视。

3. 呼吸管路的护理:正压通气可使血快压入小支气管而易发生肺不张,对以后的疗效和恢复不利^[4],因此插管后应在内固定的同时尽早吸尽气道内的积血,并不定时进行肺部和大气管部位的听诊,及时、有效地抽吸,严格无菌技术,同时缩短吸引时间,咯血停止后 12 h 内应尽量避免频繁吸痰,以减少对气道的刺激。大咯血停止后 4 h 内尽量避免气道内滴入湿化液,以免刺激气道诱发咯血,以后根据痰液的性状和量再选择合适的湿化液,每次注入湿化液 2~3 ml,24 h 不超过 150 ml,24 小时更换 1 次。咯血患者置管时间较短,采用一次性硅胶气管导管,气囊不需要定时放气^[5],以防止口腔及咽喉部的积血和分泌物下延引起下呼吸道感染及阻塞性肺不张的发生。应经常检查气囊的充盈度及气管插管的位置,防止气囊漏气或管道移位影响有效通气,外固定纱带松脱或污染时,及时更换并妥善固定。如需经气管插管行管腔内冷盐水或止血药局部冲洗,应分次注入气道,每次 50 ml,停留 1 min 后吸出,同时加大通气的氧浓度^[6-7]。采用一次性吸痰管,呼吸管路及负压吸引管道隔日更换 1 次,污染严重时及时更换。

4. 心理护理:心理护理能较好地解决患者住院过程中出现的负性情绪及心理问题,使患者安全度过咯血危险期。在咯血期间告知患者保持冷静心态有助于止血,随着抗痨及止血药物的使用咯血及咯血量会逐渐减少并停止,丢失的血液可以通过输血、输液进行补偿。大咯血时避免屏气和情绪紧张,以免增加胸内压影响血压,加重出血,同时稳定的情绪有利于患者更好地配合呼吸机,适当减轻插管后的不适。教育患者自行拔管的危险性,提高其治疗的依从性。气管插管影响了患者正常的沟通和交流能力,此时可利用一些简单、字符较少的语句如:好、不好,舒服、不舒服,以及患者肢体语言:眨眼、摇手等了解患者的需求。稳定期会写字的患者可利用笔和

纸进行书面交流。

5. 并发症的观察与护理:肺结核患者肺功能较差或合并慢性阻塞性肺病时,机械通气易并发自发性气胸,应备好各种抢救物品及药品,避免各种诱发因素,每次调整参数后注意观察人机配合情况,出现低压或高压报警时要立刻寻找原因,警惕自发性气胸的发生。一旦确诊应立即停止机械通气,配合行胸腔闭式引流术,并做好胸腔引流的观察和护理。机械通气时必须严格无菌技术和消毒隔离制度,加强环境、患者分泌物及气道管理,防止呼吸机相关性肺炎(VAP)的发生,注意患者体温及血象的变化,及时采集痰标本送检,积极治疗原发病,缩短置管时间。肺结核患者大咯血因情况紧急,多数患者插管时都有不同程度的气道损伤,加上气囊内固定的局部挤压作用,拔管后会有咽部或气道疼痛、干燥等不适感,应做好解释、安抚工作,保持口腔清洁,出现轻度喉部水肿时,可给予 10% 盐水漱口。

正确而又及时地运用机械通气对大咯血、窒息患者进行呼吸支持使肺复苏是提高抢救成功率的一种重要措施,置管期间需保持呼吸道通畅,加强呼吸管路的护理,密切观察患者生命体征和各项指标的变化,注意药物的不良反应,准备好各种抢救物品,密切注意各种并发症的发生并积极配合处理,重视基础护理和心理护理,避免和减少咯血的各种诱因,使患者顺利度过置管期。

参考文献:

- 1 郑佩君. 气管内插管自行拔管的风险控制 [J]. 实用中医药杂志, 2007, 23(2): 127
- 2 颜建辉, 蒙志好. 机械通气救治肺结核大咯血、窒息 6 例体会 [J]. 中国危重病急救医学, 2006, 26(2): 2
- 3 刘月芹. 指压胃管置入法在气管插管患者中的应用 [J]. 中华护理杂志, 2007, 42(1): 18
- 4 刘大为. 危重病医学主治医师 600 问 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 242
- 5 黄逢敏, 张素, 邓永春. 人工气道气囊管理的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2007, 42(1): 73-75
- 6 吴汉刚. 纤维支气管镜在大咯血中的临床应用 [J]. 临床荟萃, 2006, 21(24): 1782-1783
- 7 曹瑛. 肺结核咯血的治疗原则与治疗进展 [J]. 中原医刊, 2006, 33(2): 53-54

(收稿日期: 2007-11-08)