

. 护理技术 .

神经重症病人气管切开术后并发症的护理体会

张丽萍 邸 方

【摘要】目的 总结神经重症病人气管切开术后并发症的护理经验。**方法** 回顾性分析 2008 年 1 月至 2018 年 12 月共实施常规气管切开术 426 例,其中颅脑损伤 266 例,自发性脑出血 160 例。总结术后并发症的护理经验。**结果** 术后出现相关并发症 26 例,其中切口渗血 6 例,气管内出血 3 例,堵管 10 例,气胸 3 例,纵膈气肿 3 例,皮下气肿 2 例,脱管 3 例,给予针对性护理,没有因这些并发症导致死亡的病例。**结论** 总结神经重症病人气管切开术护理观察处理要点,为进一步提高神经重症病人气管切开术后的护理质量提供参考。

【关键词】 神经重症;气管切开术;并发症;护理措施

【文章编号】 1009-153X(2020)11-0798-02

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 651.1⁺1; R 473.6

神经外科重症病人多伴有意识障碍,且咳嗽、吞咽功能差,易出现窒息和误吸性肺炎,因此常需气管切开^[1],维持呼吸道通畅,有效改善通气。呼吸道护理是保证呼吸道通畅、维持正常呼吸功能的重要护理环节,对病人的预后及康复具有重要影响^[2]。2008 年 1 月~2018 年 12 月行气管切开术 426 例,现就其护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 426 病中,男 243 例,女 183 例;年龄 15~76 岁,平均 44.7 岁;颅脑损伤 266 例,自发性脑出血 160 例;术前 GCS 评分 3~5 分 137 例,6~8 分 261 例,9~12 分 28 例。根据病人年龄,选择使用相应型号一次性带气囊硅胶气管套管,气管型号(6.5~8.0)。

1.2 术后并发症护理

1.2.1 术后出血的护理 动态观察切口或气管内有无出血,尤其凝血功能异常或血小板减少病人,更容易出血,常表现为切开皮缘出血和气管内出现血性痰液。如术后切口渗血,及时通知医师,同时吸痰,吸出气管内分泌物,并观察气管内有无血液。少量皮缘渗血多以填塞压迫为主,必要时给予止血药物。若仍控制不佳,将气囊充气至 5 ml,以免流入套管内,必要时打开切口再次彻底止血。如果术后数小时或更长时间吸痰时,突然发现气管内有出血,大多

是未按时松开气管导管气囊或气管导管气囊充气较多压迫气管粘膜坏死所致,此时松开气管导管气囊,加大吸痰力度,使出血尽可能较少的流入下呼吸道,出血大多可自行停止;如出血较多应及时通知医生行气管内支气管镜止血。对于此种情况的预防,应按时松开气囊,且充气时压力以 25~30 cmH₂O 为宜。

1.2.2 气胸的护理与观察 术后需密切观察有无呼吸困难、血氧饱和度下降,若出现,加大氧流量,并及时通知医师,及时行 X 线或 CT 检查明确诊断。一旦确诊,立即联系胸外科,必要时行胸腔闭式引流。

1.2.3 皮下气肿的处理 术后密切观察气管周围的皮肤及前胸壁有无踏雪感和捻发音。如发现皮下气肿范围逐渐扩大时,要及时通知医生拆除气管导管周围缝合线,大多可逐渐好转。此外,如发现呼吸困难而又找不到原因时,需及时报告医生,并行 X 线检查,排除纵膈气肿。纵膈气肿多由于术中气管前筋膜不宜分离太多,轻者可拆开切口周围缝线,大多会自行好转;重者需及时联系胸外科,做进一步处理及治疗。预防皮下气肿的原则主要为切口缝线不宜缝合过密,气管下方切口不宜缝合。

1.2.4 堵管的观察与护理 如病人突然出现烦躁、口唇发绀、血氧饱和度下降,需先行吸痰护理,观察有无呼吸道阻塞。当用吸痰管插入气管导管内有阻力时,说明气管导管被痰痂堵塞,需要加大氧流量,要尽快松开气囊,大多情况症状会有一定缓解,并通知医生及时更换气管导管。此时,吸痰时切忌用力使用吸痰管在气管内捅插,导致痰痂脱落阻塞支气管或小支气管造成肺不张。如果发现痰液较浓稠,要及时雾化稀释痰液;若气管导管放置较长时,1 周后尽早更换金属气管导管。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.11.024

基金项目:武汉市卫生计生委计划生育委员会基金(wh134a14)

作者单位:430040,武汉市东西湖区人民医院五官科(张丽萍),神经外科(邸 方)

通讯作者:邸 方,E-mail:2745611268@qq.com