

以不感疲劳为宜。

2.2.5 心肌再灌注效果观察 成功的直接 PCI后冠状动脉再通,心肌得到灌注,心绞痛症状可以得到迅速缓解,心电图原来抬高的 ST段和倒置的 T波也随之恢复,心功能也得到相应的改善,否则则不然<sup>[3]</sup>。所以,直接 PCI术后要特别注意心绞痛情况,持续心电、血压监护,定期记录心电图以便了解 PCI后冠状动脉再通心肌缺血改善情况,警惕再灌注心律失常的发生,另外,心肌酶谱也是反映灌注效果的一个重要指标,因此,要定时监测心肌酶谱的变化。

3.2.6 术后并发症的预防和观察 PCI最严重的并发症是冠状动脉急性闭塞,支架血栓形成的临床表现为胸痛和 ST段抬高,应行急诊导管检查及重复 PTCA术。而急性及亚急性血栓形成的发生率仍为 3.5%~8.6%,一般发生在术后 2~14天<sup>[1]</sup>。因此,术后应注意观察穿刺处有无渗血渗液、沙袋有无移位、足背动脉搏动、趾端皮肤温度和颜色等末梢循环情况。若观察某一动脉发生了栓塞的情况,及时采取相应治疗措施,另外还应观察出血及血管损伤情况,冠状动脉支架术后常常应用抗凝药(一般术后 72 h肝素静推抗凝后改低分子肝素皮下注射,每天 2次,共 7天)干扰了凝血过程,轻者渗血,重者可造成血肿及大出血,所以术后 24 h内医护人员对患者操作时动作要轻柔,防止重压,静脉穿刺要准确无误,避免重复,防止造成皮下淤血和血肿。若观察发现患者穿刺处、注射部位、牙龈和鼻孔等有出血倾向者,应立即告之医生即时处理。在无心功能不全的情况下鼓励患者多饮水和足够的输液量,以促进造影剂的排泄,防止造影剂肾病甚至肾衰的发生。本组 22例均未发生任何并发症。

2.2.7 预防感染 每天 4次测量体温,切口保持无菌、干燥,术后 24 h换药,采用 0.5%碘伏棉球擦洗,75%乙醇棉球脱碘,敷以乙醇纱布再以干纱布覆盖,

隔天换药 1次,直至切口愈合,每次换药应严格执行无菌操作,常规应用抗生素,以防止感染。本组无一例感染发生。

2.3 出院指导 患者出院时,责任护士应向其做健康指导,嘱患者注意休息,适当运动,合理膳食,戒烟酒,同时还告知患者及家属了解疾病相关知识,如出现心悸、胸闷、心前区不适,在未得到救治的情况下,应及时给硝酸甘油舌下含化,以达到暂时缓解症状的目的,随即送往医院救治。指导患者长期服用抗凝药(阿司匹林 100 mg/d饭后服用),但应注意消化道出血的副作用;氯吡格雷 75 mg/d服用 6~9个月,最好服用 12个月;硝酸酯类及钙拮抗剂,长期服用他汀类降脂药物,注意定期复查血常规及肝功能,复查心电图,定期门诊随访。

### 3 讨论

急性心肌梗死(AMI)是导致冠心病患者死亡的最主要原因,而且发病急骤,患者有濒死感,为了挽救濒死的心肌,使梗死相关动脉再通,为患者实施直接 PCI是降低病死率、提高生存质量的重要治疗措施之一。通过对 22例 AMI直接 PCI的护理,使我们体会到高质量的护理工作手术成功的基础,尤其是充分的术前准备,细心、耐心、周密、娴熟的术后护理技术,是预防和减少并发症、提高手术成功率的重要保证<sup>[4]</sup>。

#### [参考文献]

- [1] 骆秉铨,马根山主编.介入心脏病学手册[M].南京:东南大学出版社,2002:101-299.
- [2] 王素芬,谭积颜,周蔚蓝.急性心肌梗死的急诊 PTCA护理体会[J].实用护理杂志,1998,14(Supp):3.
- [3] 杨省利.冠状动脉内支架植入患者术后护理[J].中华护理杂志,2000,35(2):82-84.
- [4] 赵金驹,王艳.经皮冠状动脉成形术的护理[J].实用护理杂志,1999,15(4):19.

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0365-02

。护理医学。

## 气管套管断裂致气管异物 1例护理体会

仇和悦,胡海燕,范兰霞

[关键词] 气管异物;气管套管断裂;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 768.13

[文献标识码] B

气管切开术既是一种急救治疗方法,也是一些疾病的主要辅助治疗手段,而喉、气管病变在气管切开术后需要长期甚至终身带管,以维持其呼吸功能,但气管套管发生断裂、落

入气管而形成气管异物,此并发症较罕见<sup>[1]</sup>。2005年 2月 13日,我科收治 1例气管套管断裂致气管异物,现将其护理作一报道。

### 1 临床资料

患者女性,55岁。1年前因喉部新生物出现喉梗阻,行气管切开,保持呼吸道通畅。术后呼吸平稳,患者拒绝喉部手术,故长期带气管套管。入院前 4天在我科复查,发现气

[收稿日期] 2006-10-14

[作者单位] 安徽省池州市人民医院 眼、耳鼻喉科,247000

[作者简介] 仇和悦(1963-),女,主管护师。

管外套管脱入右支气管,伴有阵咳,继之咳嗽加重并咳血,急诊入院。检查:神志清楚,精神可,呼吸困难,  $T 36.8^{\circ}\text{C}$ ,  $P 96$  次/分,  $R 22$  次/分,  $BP 160/104 \text{ mmHg}$  颈部软,颈前正中气管切开处无气管套管,瘻口约  $0.3 \text{ cm}$ ,周围有血性分泌物,右肺呼吸音稍低。胸片示:两下肺炎;支气管内异物(气管套管)。诊断:支气管异物伴气道损伤(气管套管的管翼处发生断裂所致)。当晚在局麻下经颈部气管切口插入气管镜取出异物(气管套管),重新置入新的气管套管。术后入住 ICU 监护,抗感染、止血、补液、保持呼吸道通畅,加强呼吸道管理。病情稳定后出院。

## 2 护理

2.1 术前护理 气管、支气管异物病情急,随时有可能出现窒息危险,被认为是所有急诊中最急<sup>[2]</sup>,对于已处于 III~VI 级吸气性呼吸困难、生命垂危者需分秒必争进行抢救手术,即气管镜取异物术。此患者入院后,立即安置抢救病房,吸氧,稳定情绪,通知禁食、禁水,迅速对其病情进行评估,了解判断异物所在部位及运动情况,密切观察呼吸、咳嗽、氧饱和度,协助检查,做好取出异物的术前准备,并备好抢救物品、合适的气管镜。术前常规肌肉注射阿托品  $0.5 \text{ mg}$  以减少呼吸道分泌物,降低迷走神经的兴奋性;肌注苯巴比妥  $0.1 \text{ g}$  起到对中枢神经系统的镇静作用,以减轻患者烦躁、呼吸困难。

### 2.2 术后护理

2.2.1 严密观察病情 每 1 h 监测心率、血压、脉搏、呼吸、氧饱和度、心电监护,每 4 h 测量体温,吸氧  $3 \text{ L/min}$  及时吸痰,密切观察气管切口处、内套管有无出血情况,如有异常立即报告医师。

2.2.2 保持呼吸道通畅 去枕半卧位使头颈、躯干处于同一轴线,避免体位不当使套管压迫、磨擦气管壁引起管壁缺血、坏死,加重气道的损伤;增加肺容量和顺应性,便于膈肌运动,有利于痰液的排出。术后第 1 天每 2 h 协助患者坐起,叩背,有利于排出气管、支气管内分泌物。术后第 2 天鼓励患者下床活动,自行咳嗽、咳痰以减少吸痰时的刺激和损伤,避免患者对吸痰的依赖性。听诊可闻及患者肺部痰鸣音,痰不易咳出时,应辅助吸痰。鼓励患者多饮水,以稀释痰液,气管内滴入庆大霉素、 $\alpha$ -糜蛋白酶。根据痰液的性质决定清洗内管的次数,防止结痂而堵管。每 6 h 清洗内套管 1 次。正确固定外套管。

2.2.3 控制出血,预防感染 观察有无活动性出血,如口腔、套管内分泌物、切口敷料的性质。吸痰动作轻柔,吸痰时应选用外径不超过内套管内径的  $1/2$  管壁平滑、带有侧孔的硅胶吸痰管。先将吸痰管插入气道超过内套管  $1\sim 2 \text{ cm}$ ,再开启吸痰负压,左右旋转,边退边吸,采取提插式吸痰,切忌在同一部位长时间反复,吸痰负压在  $33.3\sim 40.4 \text{ kPa}$ ,以防损伤患者气道黏膜<sup>[3]</sup>。吸痰过程中要严格无菌操作,吸痰时先吸气管切开套管内分泌物,再吸口鼻内分泌物。嘱患者避免剧烈咳嗽。本例患者术后第 3 天,吸痰时发现气道内有少量新鲜血液并含有血凝块,医嘱给 5% 葡萄糖溶液  $500 \text{ ml}$  加垂体后叶素  $20 \text{ U}$  每分钟静脉滴 20 滴,同时嘱患者卧床休息,给予心理疏导,缓解情绪紧张,出血渐止。

2.2.4 饮食的护理 术后第 2 天试饮水,无呛咳可进半流

质饮食,逐渐过度到普食。因气管切开术后失去吸吮作用,无论进何种食物,都必须将食物放到口腔中部便于吞咽<sup>[4]</sup>。由于疾病本身的慢性消耗,故应进高蛋白、高热量、高维生素、营养丰富易消化吸收的食物。经常变换食物的种类,不随便忌口,保持口腔清洁,增进食欲,以增强机体抵抗力。食物必须细嚼慢咽,因气管置管患者吞咽食物时,增粗的食管会把气管壁及套管推向前方,使套管末端与气管壁不断磨擦而引起气道损伤<sup>[5]</sup>。

2.3 出院指导 做好患者及家属的宣教工作,使之掌握正确的清洁、消毒和检查套管的方法,清洁套管时应避免用力拧搓、擦拭,套管煮沸的时间不宜过长,避免在消毒液中过度浸泡,以减少套管的老化、机械性或疲劳性损伤。并应经常对气管套管进行检查,特别是管翼处,如有异常及时到医院检查更换套管。2 个月复查 1 次,0.5~1 年更换气管套管 1 次<sup>[6]</sup>。

## 3 讨论

儿童气管异物临床较常见,其中植物类异物约占 85% 以上,多发于 3 岁以下儿童<sup>[7]</sup>。贾全苗报道<sup>[8]</sup>异物一般在总气管和支气管,其中以右侧支气管为多见。由于右侧支气管与气管形成的角度小,且较左侧管径粗,故右侧支气管异物居多,是左侧异物的 2~3 倍。本例患者由于长期带管未更换,气管套管受呼吸道分泌物腐蚀,从管翼处断裂、脱落,形成右侧支气管异物较为罕见。本例患者因喉部新生物,经口插入支气管镜异物无法取出,首选经气管切口插气管镜取出异物,其优点是不经声门,支气管镜易插入,距异物近,可插入较大的气管镜,且快方便,成功率高<sup>[7]</sup>。气管切开置入气管套管后,其套管发生断裂原因很多,本例由于患者缺乏卫生知识,套管使用 1 年从未复查和更换,对疾病危险性缺乏认识,又因经济条件所限而致。医务人员应该认识到对该类患者加强宣传教育是应尽的责任,对长期带管者,仔细交待有关气管套管的清洁、消毒和检查事项,以及定期更换套管的要求,尤其是农村患者,更应强调如何进行气管套管的护理和更换的重要性,避免发生类似严重的并发症。一旦发生,应立即就医。

## [ 参 考 文 献 ]

- [1] 龚维熙,王恩彤. 气管套管断裂致气管异物的认识与处理[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(12): 953-954
- [2] 卢锡芝,谢建英,陈惜谦. 小儿气管异物的抢救与护理[J]. 中华急诊医学杂志, 2003, 12(10): 713
- [3] 孙艳华. 气管切开并发呼吸道梗阻分析及处理[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(8): 1166-1167
- [4] 庞宗领,王式杰. 耳鼻咽喉科围手术期治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999: 284
- [5] 袁 琦. 喉癌气管切开的自我护理指导体会[J]. 右江医学, 1999, 27(2): 115-116
- [6] 魏 伟,李贵泽. 气管套管蚀断致气管异物 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1997, 11(9): 430
- [7] 张君乐,艳 颜. 气管套管断裂致气管异物 1 例[J]. 山东医科大学基础医学院学报, 2002, 16(2): 119
- [8] 贾全苗. 气管异物术后护理体会[J]. 蚌埠医学院学报, 2001, 26(6): 561