

2.5.2 造血系统毒副反应的护理 化疗结束后定期检查血常规,白细胞  $< 1.0 \times 10^9/L$ ,要进行保护性隔离,住单人病房,减少探视,病房每天空气消毒2次,每次30 min 遵医嘱按时升白细胞治疗。血小板  $< 50 \times 10^9/L$  时,嘱患者卧床休息,减少活动,注意观察有无出血,注射穿刺处按压5 min 以上。

2.5.3 泌尿系统毒性反应的护理 顺铂的代谢产物由肾脏排泄,可引起肾小管坏死,出现肾功能异常。应密切观察尿液颜色,准确记录24 h 尿量。灌注化疗当日充分水化,输液量  $> 2\ 000\ ml$ ,鼓励患者大量饮水,保持24 h 尿量  $> 2\ 000\ ml$ ,以稀释尿液,避免泌尿系统毒副反应。

### 3 讨论

3.1 腹腔化疗的优点 (1)可使药物均匀分布于整个腹腔,直接或间接通过细胞间孔与癌细胞接触,且药物浓度高;(2)药物毒副作用较静脉用药轻;(3)既可以作为卵巢癌术前的辅助化疗,又可以作为术后常规一线化疗及复发病例的治疗方法。

3.2 单腔中心静脉导管腹腔化疗的优点 (1)贝朗公司的单腔静脉导管与以往的高分子硅胶管相

比,质地柔软,组织相容性好<sup>[3]</sup>,对腹壁及腹腔刺激性小,长期留置不会变硬、变厚,避免变换体位引起痛苦,国外资料报道可长期保留2年<sup>[4]</sup>;(2)单腔中心静脉导管管腔直径小,可避免药物外渗的发生,且无需加腹带或砂带局部压迫等。减少患者不适,保证药物的有效浓度及药物作用;(3)单腔中心静脉导管头部圆滑,管腔通畅,不易阻塞,使滴速能保持120~170滴/分,符合腹腔化疗滴速要求,且护理简便,大大提高了护理效率。

我们认为采用单腔中心静脉导管腹腔灌注化疗,安全方便,疗效确切,且患者易于接受,对患者的治疗和护理都有极大的益处,值得推广应用。

#### [参 考 文 献]

- [1] 虞卫新,徐群.进展期胃癌术后腹腔灌注化疗的临床观察[J].实用临床医药杂志,2006,10(6):96-97.
- [2] 杨成喜,郑义同,张为民,等.静脉联合腹腔化疗治疗晚期胃肿瘤87例临床分析[J].河南肿瘤学杂志,2002,15(4):260-261.
- [3] 孙卫.应用深静脉留置管治疗恶性心包积液的护理[J].护士进修杂志,2002,17(8):636-637.
- [4] 陈艳,谭思源,王树娟.ARROW单腔中心静脉导管在卵巢癌腹腔化疗中的应用及护理[J].河北医学,2003,9(12):1143.

[文章编号] 1000-2200(2009)01-0074-03

· 护理学 ·

## 重型颅脑损伤气管切开术后护理

杨迎春,王文学,卞秀芹

[摘要]目的:探讨重型颅脑损伤患者气管切开后的护理方法。方法:对30例重型颅脑损伤气管切开患者采取人性化护理,及时吸痰,良好气道湿化,正确套管护理,加强皮肤护理等措施。结果:30例中清醒的患者愿意配合治疗和护理,昏迷的患者家属给予支持和理解,无一例因护理不当出现痰痂堵塞气道而被迫拔管及肺部感染等不良后果。结论:重型颅脑损伤气管切开后,正确的护理措施能有效保持患者呼吸道通畅,顺利排痰,促进早期拔管。

[关键词] 脑损伤;气管切开术;护理

[中国图书资料分类号] R 651.15;R 653

[文献标识码] A

气管切开术(tracheotomy)是一种紧急情况下建立人工气道的急救手术,最初只用于解除喉梗阻引起的呼吸困难。随着对呼吸道病理、生理的深入了解,气管切开术已成为治疗某些疾病的重要辅助手段<sup>[1]</sup>。但气管切开术的并发症发生率可达6%~66%<sup>[2]</sup>,积极适时地采取正确的护理措施可降低并发症的发生。2005~2006年,我院收治重型颅脑损伤行气管切开30例,经精心护理,效果满意。现作报道。

### 1 临床资料

本组男22例,女8例;年龄18~70岁。其中重型脑挫裂伤20例,硬膜外血肿和硬膜下血肿6例,其他4例。均行气管切开术。气管切开时间为20~91天,无一例因痰痂而被迫拔除气管套管,无肺部感染。病情好转、顺利拔管28例,带管出院2例(其中因原发病病死1例<sup>[3]</sup>)。

### 2 护理

2.1 瞳孔观察 瞳孔变化提示脑损伤的情况,伤后一侧瞳孔扩大,对光反应消失是颅内血肿的表现;双侧瞳孔时大时小,变化不定,对光反应差,常为脑干

[收稿日期] 2007-05-15

[作者单位] 江苏省连云港市第一人民医院东方医院 神经外科, 222042

[作者简介] 杨迎春(1966-),女,主管护师。

损伤的特征;伤后一侧瞳孔进行性增大,对侧肢体瘫痪,意识障碍,提示脑受压或脑疝,要及时抢救。

2.2 生命体征观察 如出现血压上升,脉搏缓慢而有力,呼吸慢而深,提示颅内压升高,应警惕颅内血肿或脑疝的形成;当血压下降,脉搏增快,心跳减弱,呼吸减慢或不规则时提示脑干功能减弱,发现上述情况应及时报告医生作相应处理。

2.3 气管套管护理 (1)气管切开术后严密观察有无渗血。渗血较少可及时更换纱布,保持切口清洁、干燥。渗血较多者可拆开缝线,查找原因,彻底止血,切口周围用 0.5% 碘附(ionospheres)消毒,更换纱布,每天 2 次。被痰液浸渍的纱布随时更换。(2)切口周围的皮肤有无皮下气肿。皮下气肿多发生在颈部,极少数可延至头部和胸部,较少的皮下气肿可自行吸收,较大者可在其边缘做上明显的标记,严密观察气肿的进展。(3)观察气管套管有无扭转或脱出,气管套管可因固定不牢,松紧不适当,患者昏迷,烦躁不安,剧烈咳嗽,呼吸支架调节不当等原因脱出或扭转,而引起窒息。因此应定时检查,对昏迷、烦躁不安、剧烈咳嗽、咳痰者尤应注意。气管套管系带要在颈部侧方打死结,松紧度以能容纳一个手指为宜。气管套管最好选用硅胶导管,因它对气管黏膜损伤少。(4)观察气管套管有无阻塞。患者分泌物多且黏稠者,其分泌物易结痂,堵塞呼吸道引起呼吸困难、发绀、烦躁不安等,应及时清除<sup>[4]</sup>。

2.4 病房内空气消毒 气管切开后,患者失去湿化功能,气体直接经气管套管进入套管和肺,且气管和肺的水分容易蒸发,致使气管和肺黏膜干燥,气管内的分泌物结痂,堵塞呼吸道,影响呼吸。因此室内空气应清新,流通。温度保持在 21~22℃,湿度保持在 50%~60%。用 84 消毒液拖地,紫外线消毒室内空气,谢绝探视。气管套管口处应蒙上生理盐水或无菌蒸馏水湿润的纱布,这样可增加空气的湿度,纱布干燥后及时更换。注意纱布不能过湿,浸润生理盐水或无菌蒸馏水后拧至不滴水为度,以防纱布过湿,过多的水吸入呼吸道,引起窒息。另外还要注意房间的空气消毒,用紫外线灯(60 W/cm<sup>3</sup>)进行空气消毒,每天照射 2 次,每次 30 min,照射前应遮盖患者的双眼,照射后开窗通风。每周检查 1 次,正确取样,消毒的房间样本菌落数目不超过 500 个/cm<sup>3</sup>。

2.5 体位护理 气管切开后应取平卧位,头部稍低,有利于呼吸道分泌物排出。气管切开当日,不应过多变换体位,以防气管套管脱出或套管角度变换过大,压迫损伤气管内壁,或因体位改变使套管斜贴向气管内壁造成窒息。因此术后应专人护理,密切观察病情。病情稳定后,应经常变换体位,以防压疮

的发生。翻身时应注意头颅、上身保持在同一直线,以避免套管活动刺激磨损气管壁。

2.6 备好急救药品和物品 患者床旁应放置抢救车,内备常用急救物品,气管切开包,同型号气管套管,气管扩张器,换药包等,备吸引器、呼吸机、应急灯、手电筒等,以备急需。

2.7 气道护理 (1)气道湿化。笔者采用 3 种湿化方法:①雾化吸入无菌蒸馏水 100 ml 加庆大霉素 8 万 u、 $\alpha$ -糜蛋白酶 4 000 u、地塞米松 5 mg,每 6 h 1 次。②微量泵维持滴速 5 ml/min,滴入湿化液,空气干燥时应增加气道内滴药次数。③湿化纱布的覆盖:用一次性注射器抽取无菌蒸馏水均匀洒在覆盖于气管的湿化纱布上,定时更换。(2)叩背。定时扶患者翻身或取半坐位,用手指并拢成舟状由下而上、由外而内扣患者背部,利用震动,使附着于肺部周围、气管、支气管壁的痰液松动、脱落,以利于吸出,使肺部感染得到有效的控制,从而避免频繁吸痰,减少刺激气管壁的机会。(3)吸痰。及时清除患者下呼吸道的分泌物。吸痰前,检查管道是否通畅,在无负压下,插入吸痰管 10~15 cm,不宜过深,打开负压吸引器,边旋转吸引管边退出,每次吸痰时间应 < 15 s,吸痰管每次更换。

2.8 预防感染 严格执行各种消毒隔离制度,一旦发生呼吸道感染,应根据呼吸及创口分泌物细菌培养结果,选用合适的抗生素,每天 4~6 次,每次 1~2 滴经气管套管滴入气管。必要时全身使用敏感抗生素。

2.9 拔管护理 患者病情稳定,呼吸功能恢复,咳嗽有力,能自行排痰,可进行堵管试验,并逐步进行,先堵 1/3 管腔,观察 24~48 h,如无呼吸困难再堵 1/2,48 h 无呼吸困难再堵 2/3,依次进行,24~48 h 后无呼吸困难可全堵管,观察 1~3 天,患者无呼吸困难,能入睡、进食,咳嗽排痰者可考虑拔管,拔管前清洗消毒套管周围的皮肤,用纱布覆盖切口,并覆以无菌纱布固定,外用蝶型胶布牵拉,不需缝合,嘱患者咳嗽时压住切口,每天换药 1 次,直至痊愈。如拔管后出现呼吸困难、面色发青、烦躁不安等应立刻报告医生及时处理。

2.10 口腔护理 气管切开后,口腔护理非常重要,口腔护理能使常寄菌减少到最低限度,要正确做口腔护理,避免损伤黏膜。对于口腔内有霉菌生长的患者,可在口腔消毒后涂制霉菌素,口腔分泌物过多可用吸引器吸除。

### 3 讨论

重型颅脑损伤患者由于气管切开使气管与外界

直接相通,上呼吸道防御屏障消失,气管黏膜损伤及不正确的医疗护理操作使外界病原微生物直接进入肺部,发生肺炎的可能性增加。我们通过对30例重型颅脑损伤气管切开患者的精心护理,得出如下体会:(1)加强气管切开患者的呼吸道管理,对控制和减少肺部感染极为重要。频繁吸痰增加了气管套管对局部黏膜的刺激和损伤,导致细菌容易侵入下呼吸道。建立人工气道后,呼吸道失去了生理屏障,呼吸道内水分从气管切开处大量流失,微量注射泵持续湿化符合气道持续需要,使气道始终处于一种湿化状态,痰液黏稠度降低,患者自行咳出,减少吸痰次数,保证了气道通畅,避免因痰液黏稠,吸痰负压大,时间长引起的气道黏膜损伤出血,降低了肺部感染机会,使感染率下降。(2)应加强气管切开患者的护理。密切观察其呼吸、体温、脉搏的变化。经常巡视病房,如有呼吸困难、呼吸增快、喘鸣等症状,经吸痰未缓解,应立即检查套管内有无痰块阻塞及压迫情况,发现异常及时处理,并报告医生。(3)应提

高医护人员业务素质。熟练掌握气管切开护理操作技术,注意套管弯度,勿放错,取出内套管时,一手固定外套管,另一手轻轻打开管锁,缓慢取出内套管,嘱患者勿咳嗽,如有分泌物黏附不易取出时,可滴生理盐水湿润后再试取,切勿强行拔出,以防将外套管同时带出并发生意外。(4)呼吸道管理的关键是适时地给予患者鼓励与信心,及时吸痰与规范吸痰技术。减轻患者痛苦,增进全身营养,保证患者安全,提高气管切开术后患者的生活质量。

#### [参 考 文 献]

- [1] 尤荣开.人工气道建立与维护[M].北京:人民军医出版社,2002:130.
- [2] 李清明,彭培宏.气管切开手术适应证的变化和发展[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18(3):170-172.
- [3] 万之爱.重型颅脑损伤患者气管切开后气道护理[J].当代护士·学术版,2006,(6):47-48.
- [4] 马忠秀.重型颅脑损伤气管切开的护理[J].医学理论与实践,2006,19(7):837-838.

[文章编号] 1000-2200(2009)01-0076-02

· 护 理 学 ·

## 经桡动脉穿刺行冠状动脉介入治疗的围术期护理

孙 惠<sup>1</sup>,陈勤芳<sup>2</sup>

**[摘要]**目的:总结经桡动脉穿刺行冠状动脉介入治疗的围手术期护理方法。方法:对326例经皮桡动脉穿刺行冠状动脉介入治疗的患者进行围术期观察和护理。结果:322例获得成功,成功率96.4%,余4例经桡动脉途径失败后改用经股动脉穿刺成功;冠状动脉介入治疗成功率100%,植入冠状动脉支架386枚。术中发生心律失常7例,低血压3例,心绞痛1例;术后穿刺点渗血4例,前臂皮下瘀斑4例,桡动脉搏动消失1例。经对症处理后症状均消失。结论:对经桡动脉途径行冠状动脉介入手术患者实施全面针对性的护理,有利于手术顺利进行和减少手术并发症的发生。

**[关键词]** 冠状动脉硬化;介入治疗;桡动脉;护理

**[中国图书资料分类法分类号]** R 541.4 **[文献标识码]** A

经桡动脉行冠状动脉介入治疗具有局部血管并发症少、术后易于止血、活动不受限、住院时间短等优点。近年来,已成为我国一些心脏中心冠状动脉造影和介入治疗的主要路径之一<sup>[1-3]</sup>。2005年11月至2006年5月,笔者在东南大学附属中大医院进修期间,对326例经桡动脉穿刺冠状动脉介入治疗的患者进行围术期观察和护理,现作总结。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男200例,女126例;年龄36~86岁。术前疑似冠心病220例,不稳定性心绞

痛80例,急性心肌梗死26例;其中286例合并高血压、糖尿病、高脂血症。

1.2 方法 为方便操作,326例均采用右侧桡动脉途径。将右手和前臂平放在可透X线的延长支撑板上,手腕关节下垫一个小纱布卷,将掌心向上固定于支撑板。常规消毒右手及前臂皮肤至肘上10 cm,铺无菌巾。手臂外展70°,腕部充分伸展,于桡骨茎突上1~2 cm、桡动脉搏动最强处为穿刺点,2%利多卡因局麻。以30°~40°穿刺桡动脉,进针至回血通畅后置入指引钢丝,并经钢丝插入5 F或6 F动脉扩张鞘管,自鞘管中注入硝酸甘油200 μg、地尔硫草2~4 mg以减轻血管痉挛。手术开始前常规自鞘管中注入肝素2 000 u。行冠状动脉造影和介入治疗,必要时植入支架。如因操作原因需用7 F以上的动脉鞘时,则应放弃做桡动脉穿刺。

[收稿日期] 2007-04-20

[作者单位] 1.安徽省蚌埠市第一人民医院 导管室,233000;2.东南大学附属中大医院 导管室,江苏 南京 210000

[作者简介] 孙 惠(1971-),女,护师。