

持续性植物生存状态伴长期留置气管套管病人的护理

谢绍结 陆海颖 刘秋燕 农月婷 朱秀春

NURSING OF PATIENTS IN PERSISTENT VEGETATIVE STATE WITH LONG - TERM
ENDOTRACHEAL TUBE IN PATIENTS

XIE Shaojie, LU Haiying, LIU Qiuyan, et al

【摘要】目的 探讨如何科学有效地进行持续性植物生存状态气管切开病人的呼吸道护理,从而控制或减少各种并发症的发生。方法 回顾性分析和总结 28 例持续性植物生存状态气管切开病人的护理方法。结果 28 例病人 1 例泌尿系感染,3 例肺部感染,经过药物治疗后均得到控制,其余病人均无并发症发生。结论 对持续性植物生存状态伴长期留置气管套管的病人,保持良好的环境,严格无菌观念和无菌技术操作、做好基础护理、采取有效的气道湿化、吸痰等措施能有效减少并发症的发生。

【关键词】持续性植物生存状态 留置气管套管 护理

doi:10.3969/j.issn.1671-332X.2014.Z2.025

因中枢神经系统结构或功能性损害,导致意识受损,如病人意识障碍超过 1 个月可判定陷入长期昏迷。故有学者们将颅脑损伤病人伤后持续昏迷 1 个月、3 个月或 1 年以上称为持续性植物生存状态(PVS)^[1]。此类病人多由重度颅脑损伤、多发性脑梗塞、脑出血等引起。PVS 的治疗是世界公认的医学难题。许多病人需要长期留置气管套管。但长期留置气管套管可带来很多问题,主要的套管相关问题包括:气管套管脱出、痰痂堵塞套管、气管出血、感染、并发性气管壁溃疡及穿孔、声门下肉芽肿、瘢痕和狭窄等等,严重时危及病人的生命^[2]。因此长期留置气管套管病人的护理是一项艰巨的任务。我院将颅脑损伤后持续昏迷 6 个月以上者称之为 PVS。现将我院神经外科 2008 年 1 月~2013 年 12 月共收治 PVS 病人 28 例,全部均留置气管套管的护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

我院神经外科 2008 年 1 月~2013 年 12 月共收治颅脑外伤、脑血管疾病所致的 PVS 病人 28 例,全部均已行气管切开并长期留置一次性气管套管,男 22 例,女 6 例,年龄 16~84 岁,平均年龄 46.4 岁;其中脑血管意外 11 例,重型颅脑损伤 17 例。留置气管套管时间最长的 1 例长达 3 年。

1.2 纳入标准

所选病人昏迷持续 6 个月以上,均符合植物状态的临床评估标准^[1]:①无迹象表明对自我或环境有意识,无与其他人相互交流沟通的能力;②无迹象表明病人对视觉、听觉、触觉等刺激产生持续不变的、可重复的、有目的性的或自动有意识的行为反应;③无迹象表明语言理解能力或表达;

④由睡眠-清醒周期的出现所显示间断性觉醒状态;⑤足够保留的下丘脑和脑干自主功能来允许病人应用药物和护理工作后的存活;⑥大便、小便失禁;⑦不同程度保留的脑神经和脊髓反射。

1.3 治疗效果

28 例病人入院时神志深昏迷,GCS 评分 3 分,颅内出血占位明显。入院后给予急诊开颅去骨瓣减压术加气管切开术,术后安排在监护病房严密监护病情,给予吸氧,输液、抗炎、护脑等对症支持治疗。所有病人都留置胃管给予鼻饲流质,停留尿管固定通畅。28 例病人病情稳定后转到普通病房继续治疗,GCS 评分 5~8 分。

1.4 结果

28 例 PVS 气管切开病人经过精心护理后,无压疮发生,1 例泌尿系感染,3 例肺部感染,经过药物治疗后均得到控制,其余病人都无并发症发生。

2 护理

2.1 环境的选择

将病人安置于安静、清洁、空气新鲜的病室内,保持空气流通每天定时开窗,保持适宜的室温、湿度。室温 18~20℃,湿度 60%~70%。每日进行空气消毒 3 次及含氯消毒液拖地 2 次,室内设施表面每天用 0.5% 的含氯消毒液擦拭 1 次。保持室内清洁,病床之间保持一定的距离,限制探视人员及次数,尤其患有上呼吸道感染者及皮肤病者禁止入内,探视人员一律要求戴口罩方可进入病房。

2.2 气管切口护理

严格无菌操作,操作前后注意洗手。先用生理盐水擦洗切口,再用 75% 酒精消毒切口外周,最后用剪好的 E 型纱布以套管为中心上下交替覆盖切口,气管切口处敷料每天更换 2 次,遇敷料污染随时更换,保持敷料清洁干燥。

2.3 保持气管套管固定通畅

要定期更换气管套管并密切观察病人呼吸道的变化,发现呼吸困难,应立即检查气管套管及呼吸道内有无堵塞,有无套管滑脱及压迫气管,注意创缘及套管内有无出血,如发现出血,应警惕窒息,必须立即报告医生。气管套管如有堵塞应及时更换,如无特殊一般每 2 个月更换一次^[3],气管套管的系带每周更换一次,保持气管套管的固定通畅和颈部皮肤清洁。

2.4 保持呼吸道湿化

有实验证明,肺部感染率随气道湿化程度的降低而升高^[4]。而 PVS 气管切开病人气道失去湿化功能,容易产生气道阻塞、肺不张和继发性感染等并发症,因此必须注重气道湿化,稀释痰液。①用湿度计控制病室湿度达到 60%~70%,必要时可在地面上洒水;②统一使用一次性医用雾化器(面罩型),可作吸氧、雾化、湿化之用;③如果痰液粘稠者,可在雾化器内加入灭菌注射用水持续雾化,以稀释痰液;④药物雾化,常规用 0.9% 生理盐水 10 ml + 庆大霉素 8 万 U + 糜蛋白酶 4 000 U + 地塞米松 5 mg 进行雾化吸入 bid,若有特殊疾病的根据病情调整药物。

2.5 正确掌握吸痰技术

专人专用气管切开护理盘,应用一次性的吸痰管,口腔与气管内吸痰管要严格分开,气管套管的盐水盅和口鼻腔的盐水盅各一个,吸痰时要注意分开使用,每天更换一次。①按需吸痰,吸痰次数越多,呼吸道黏膜损伤的机会越大,因此,把握吸痰指征,按需吸痰。当病人咳嗽或有呼吸窘迫时,可在床旁听到胸部有痰鸣音时,呼吸机气管压力升高有报警时,氧分压或氧饱和度突然降低时,均要及时吸痰。②吸痰前给高浓度氧气吸入 3 min,以提高血氧饱和度。③在无负压的情况下将吸痰管插入,插入深度根据病人的咳嗽反射和排痰能力而定,当达到一定深度后,边旋转边吸引边退出,动作要轻柔,禁止反复上下提插吸痰。先吸气管内,后吸口鼻腔,每次吸痰时间 ≤ 15 s,如未吸净,间隔 3~5 min,待血氧饱和度回升后再吸,以免造成缺氧。④吸痰管的直径不宜超过气管内套管的 1/2,成人吸痰压力不超过 53.3 kPa,吸痰后听诊肺部,判断吸痰效果。

2.6 防止胃内容物返流

PVS 病人都存在不同程度的吞咽能力减退或障碍,需要长期留置胃管,而且因为长期卧床肠蠕动减少,消化功能减慢,易发生食物返流引起误吸的危险。所以要求护理人员

要具有高度的责任感:①每次鼻饲前给予翻身、叩背,吸净气管切开套管、口腔、鼻腔内痰液和分泌物防止呛咳。②每次鼻饲前均需证实胃管在胃内,抽吸胃内容物,当胃内容物潴留量超过 100 ml 应延长鼻饲间隔时间;当腹部听诊听不到肠鸣音、腹胀、腹泻时,应停止鼻饲。③鼻饲速度宜慢,以 15~20 min 鼻饲 200~300 ml 为宜,边注边观察病人反应,如发生呕吐时停止注入。④鼻饲完毕至少 1 h 内勿翻动患者,吸痰时动作要轻,尽量减少刺激。⑤鼻饲后抬高床头 30°~45°,维持此体位 30 min。

2.7 做好基础护理

由于 PVS 病人长期卧床,要 q2h 翻身、拍背促进小支气管分泌物排出,减少肺下垂部位分泌物潴留,咳嗽强烈的病人,在翻身叩背后,再行吸痰,保持皮肤干洁,防止压疮发生和坠积性肺炎,使病人保持呼吸道通畅;每天进行口腔护理 2 次,保持口腔清洁,预防感染等并发症;留置尿管者做好会阴抹洗,必要时行膀胱冲洗,防止泌尿系感染。

3 体会

PVS 病人呼吸道护理最为重要,正常呼吸道的黏膜对吸人气体有湿化和净化作用。气管切开后改变了病人的呼吸模式,呼吸道失去了鼻腔对空气的过滤、加温、保湿作用,分泌物粘稠干结。为减低分泌物粘滞性,雾化吸入和呼吸道湿化起关键作用,我科经采取有效的气道湿化后,肺部感染明显地降低了,肺部感染率仅为 10.7%。因此,对持续性植物生存状态伴长期留置气管套管的病人,正确的呼吸道湿化,吸痰是气道护理的重要环节,但仍重视保持良好的环境,严格无菌观念和无菌技术操作,做好基础护理,保持气管套管固定通畅,防止胃内容物返流入气管套管等护理措施,能有效控制或减少并发症的发生。

参考文献

- [1] 江基尧. 现代颅脑损伤学[M]. 3 版. 上海: 第二军医大学出版社, 2010: 482-486.
- [2] 马建梅. 气管切开后术后的护理现状和进展[J]. 工企医刊, 2010, 23(2): 75.
- [3] 王秀云, 费力娟, 吴情. 60 例长期留置一次性气管套管更换时间的探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(16): 82.
- [4] 李有莲, 郭楼英. 气管切开后呼吸道护理相关因素的监测与管理[J]. 中华医院感染学杂志, 2000, 10(9): 141.

BMI 可漏诊超过 25% 脂肪超标的儿童

美国一项荟萃分析表明, 体质指数(BMI)未能确认超过四分之一的体脂百分比超标儿童。论文于 6 月 24 日在线发表于《儿科肥胖症》(Pediatr Obes)。

研究者检索了相关数据库, 并纳入了将 BMI 与测定过量体脂标准参照方法进行对比的研究。研究目标为评估 BMI 在儿童和青少年中检出肥胖的敏感性和特异性。

结果显示, 共有包括 53 521 例 4~18 岁儿童的 37 项研究符合纳入标准。常用 BMI 肥胖阈值的汇总敏感性和特异性分别为 0.73 和 0.93。BMI 在男童中的敏感性低于女童(0.67 对 0.71)。超过四分之一未被 BMI 认定为肥胖的儿童实际上伴有脂肪过多。

摘自《医学论坛网》