

量,特别是糖皮质激素,以免引起病情复发,生活中应注意排查过敏原,已查明过敏物质,不能再接触和服用。劳逸结合,增强体质,加强营养,教会观察药物不良反应的症状,定期复查,有不适随诊。

3 小结

中毒性表皮坏死松解症多由药物引起,该病起病急、进展快、病死率高,采取有效对策进行治疗和护理,以避免继发败血症和减轻病人的各种并发症,促进病人康复,降低病死率。

参考文献:

[1] 杨国亮. 皮肤病学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1992:536.

- [2] 施跃英,丁银儿. 29 例中毒性表皮坏死松解症患者的护理[J]. 中华护理杂志,2012,47(6):506.
- [3] 张伟. 整体护理在急性胰腺炎治疗中的价值[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,9(21):70-71.
- [4] 苏海丹. 皮质类固醇加环磷酰胺冲击治疗寻常型天疱疮的观察及护理[J]. 广东医学院学报,2004,22(4):427-428.

作者简介 张德葵,主管护师,本科,单位:510630,中山大学附属第三医院;沈利平、余冬青、邓尚英、余建华单位:510630,中山大学附属第三医院。

(收稿日期:2013-03-25)

(本文编辑 王钊林)

71 例肺移植病人术后应用机械通气的护理

浦敏华

摘要: [目的]总结肺移植病人术后应用机械通气的护理。[方法]对 71 例肺移植病人术后应用机械通气,同时加强呼吸机的管理、保持呼吸道通畅、预防呼吸道感染等并发症。[结果]2 例病人因原发性移植物失功(PGD)分别于术后 26 h 和术后 72 h 死亡,其余均顺利脱机拔管。[结论]加强肺移植病人术后应用机械通气的护理是顺利脱机拔管的关键,也是肺移植成功的保证。

关键词: 肺移植;机械通气;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2013.19.014 文章编号:1674-4748(2013)07A-1749-02

自 1995 年我国第 1 例肺移植在北京安贞医院成功实施以来,我国的肺移植已进入成熟的临床治疗阶段。我院 2011 年 1 月—2012 年 12 月共完成 71 例肺移植手术,术后均入重症监护病房(ICU)常规应用机械通气治疗,肺移植术后的最初几天可能会发生一系列的并发症,包括再灌注损伤、急性排异反应、气胸、气道开裂及肺部感染,因此严格、有效、细致的气道管理是肺移植术后的关键。肺移植病人术后常规需要机械通气来辅助,肺保护性通气是肺移植术后的主要通气策略,机械通气的主要目的是使用最低浓度的氧和最低吸气压力峰值保证充足的氧供,做好期间的护理是保证机械通气成功的必要条件,是能否成功撤离呼吸机的先决条件^[1]。

1 临床资料

2011 年 1 月—2012 年 12 月我科共完成肺移植手术 71 例,男 48 例,女 23 例;年龄 14 岁~76 岁,平均 53 岁;单肺移植 27 例,双肺移植 44 例;肺动脉高压 3 例,肺纤维化 28 例,慢性阻塞性肺疾病(COPD)10 例,间质性肺炎 11 例,闭塞性细支气管炎 5 例,支气管扩张 7 例,矽肺 2 例,肺淋巴管肌瘤病 3 例,肝癌肺转移 2 例;46 例应用体外膜肺氧合(ECMO)辅助,术后均应用机械通气来辅助通气。

2 结果

71 例肺移植病人使用呼吸机时间 $30.5 \text{ h} \pm 8.9 \text{ h}$,2 例因原发性移植物失功(PGD)分别于术后 26 h 和术后 72 h 死亡,其余均顺利脱机拔管。

3 护理

3.1 保持呼吸道通畅

3.1.1 掌握正确的吸痰时机和方法 目前不主张定时吸痰,而是采取适时按需吸痰,不必要的吸痰增加了气道分泌物的产生,易造成气道损伤,增加感染和出血^[2]。选择大小合适、软硬适宜

的吸痰管,吸痰管的外径不应超过气管套管内径的 1/2,插入深度为气管分叉再上提 1 cm~2 cm,自下慢慢上提并左右旋转,严格无菌操作,防止污染^[3]。吸痰前后均应予 100% 氧气 2 min,注意观察氧饱和度、心率、呼吸、意识、面色变化,每次吸痰时间不超过 15 s,吸引负压不宜过高,一般不超过 10.64 kPa~15.96 kPa 为宜^[3],吸痰前后听诊两肺呼吸音。或应用密闭式吸痰管,做好保护性隔离,严格手卫生,避免交叉感染。

3.1.2 通气策略 采用双水平气道正压通气(BiPAP)模式,通常压力控制通气限制气道峰压 35 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)以下^[4],术后早期血气分析动脉血氧分压(PaO_2)大于 70 mmHg,和/或血氧饱和度大于 95%,就逐步降低吸氧浓度,4 h 抽血检测血气分析,根据血气和生命体征调节通气参数。

3.1.3 气管插管的护理 肺移植术后带回口腔气管插管,测量导管置入的深度,标记明显,固定要牢靠,每班严格交接,气囊充气要适宜,理想的气囊压力为有效封闭气囊与气管间隙的最小压力,保持在 25 mmHg 以下,即低于正常的毛细血管灌注压^[5],气囊对气管黏膜的压力大于 25 mmHg~30 mmHg 可造成局部黏膜坏死,4 h 监测 1 次气囊压力,采用最小漏气技术。

3.2 呼吸机的管理 ①应用呼吸机辅助呼吸时要及时发现和处理问题,进行吸痰、变换体位、调整呼吸机参数后要观察病人的反应和呼吸机的工作状态,了解吸痰效果。②常见报警原因的分析和处理。常见报警原因有高压报警和低压报警,正常气道压为 5 cmH₂O~15 cmH₂O(1 cmH₂O=0.098 kPa),气道压力增高常见于呼吸道分泌物增加、气道梗阻、气道痉挛、通气回路或导管扭曲、管路积水以及人机对抗,低气道压报警常与通气回路脱节、管道破裂、气囊破裂或充气不足有关,应针对各种报警原因给予及时报警处理,保持呼吸道通畅,确保呼吸回路密闭性,正确设置报警参数。③做好气道的温化、湿化是保持呼吸道

通畅、防止肺部感染的重要措施,肺移植术后 72 h 是再灌注损伤的高发期,严格控制进出量,术后 3 d 保持负平衡,采用人工鼻气道湿化,可以减少人工气道的并发症^[6],人工鼻以其高效的加温湿化作用已在欧美国家得到广泛应用,24 h 更换 1 次,有污染时立即更换。

3.3 预防呼吸道感染等并发症 ①病人安置于层流净化的单间病房,严格无菌操作,控制探视人员,床头抬高 30°~45°,严格手卫生,防止交叉感染。②人工气道的建立是气管直接与外界相通,更由于免疫抑制剂的应用,病人自身免疫功能低下,加之吸痰等护理操作,呼吸机管道污染,易引起下呼吸道感染和呼吸机相关性肺炎,生命体征平稳后取半卧位,2 h~3 h 翻身 1 次,协助叩背,由下往上,自外而内,以促进痰液排出。③保持口腔和皮肤清洁,口腔护理每日 4 次,会阴擦洗每日 2 次,防止发生压疮和尿路感染等并发症。

3.4 心理护理 清醒病人对环境、上机多有顾虑、恐惧心理,护理人员应热情、耐心地解释应用机械通气的必要性和暂时性,以及相关注意事项,使其积极配合治疗,并鼓励和引导病人进行自主呼吸锻炼,定时翻身叩背和按摩受压部位,鼓励咳嗽,争取早日撤机^[7]。严密观察和记录机械通气情况,确保良好的通气

是肺移植病人术后度过围术期的重要环节,因此采取有效的护理措施,加强气道管理,及时清理呼吸道分泌物也是肺移植术后护理的关键。

参考文献:

- [1] 戴艳萍.机械通气患者吸痰的护理研究进展[J].中华现代护理杂志,2009,15(2):191-193.
- [2] 耿文利,都玉凤.ICU 护士为机械通气患者安全吸痰的临床观察[J].实用护理杂志,2000,16(1):15-16.
- [3] 庞爱华.人工气道吸痰导管插入深度的临床研究[J].护理研究,2004,18(2A):352.
- [4] 韩桂兰,樊巧燕,吴晓文.人工气道并发症发生原因及护理[J].护理研究,2005,19(7C):1944-1945.
- [5] 宋志芳.实用呼吸机治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2009:278.
- [6] 武淑萍,祁晓磊,田小京.应用人工鼻气道湿化减少人工气道并发症的效果观察[J].中华护理杂志,2009,15(4):320-322.
- [7] 高玲,董雪.心理干预对 ICU 患者撤离呼吸机影响的临床观察[J].护士进修杂志,2008,23(3):263-264.

作者简介 浦敏华,主管护师,大专,单位:214023,江苏省无锡市人民医院。

(收稿日期:2013-03-25)

(本文编辑 王钊林)

467 例门诊可视无痛人流流产术病人的围术期护理

黄 梅

摘要:[目的]总结门诊可视无痛人流流产术病人的围术期护理。[方法]对 467 例门诊妊娠妇女行阴道超声可视无痛人流流产术,给予术前、术中、术后护理。[结果]467 例妊娠妇女均顺利手术,无一例发生子宫穿孔、漏吸或吸空不全等并发症。[结论]加强门诊可视无痛人流流产术病人的围术期护理是手术成功的保证。

关键词:阴道超声;可视;无痛人流流产术;围术期;护理

中图分类号:R473.71 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2013.19.015 文章编号:1674-4748(2013)07A-1750-02

人工流产是避孕失败的补救措施,是指妊娠 14 周以内因意外妊娠、优生或疾病等原因而采用手术方法终止妊娠^[1]。传统的人工流产由于疼痛给受术者留下永久的恐惧感,人工流产综合征的发生更严重影响其身心健康^[2]。阴道超声可视无痛人流流产术是在传统人工流产的基础上,加静脉全身麻醉和超声监视妇产科手术仪的辅助下,通过阴道探头明确妊娠囊方位进行宫腔操作,手术中受术者无痛觉、手术时间短、创伤小、术后恢复快,有效地降低了术中并发症的发生、提高了手术的准确性和安全性。自 2013 年 3 月以来,我科在门诊手术室开展阴道超声可视无痛人流流产术,取得满意效果。现回顾性分析门诊手术室开展阴道超声可视无痛人流流产术 467 例妊娠妇女的临床资料,将护理总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组行阴道超声可视无痛人流流产术妊娠妇女 467 例,年龄 17 岁~47 岁,孕龄 6 周~10 周;首次妊娠 160 例,多次妊娠 307 例;有剖宫产史 19 例;均经 B 超等确认宫内妊娠,无手术禁忌证。

1.2 手术方法 给予妊娠妇女常规术前准备后取膀胱截石位,

建立静脉通道、吸氧,在心电监护下选择丙泊酚静脉麻醉,待其入睡后开始手术。手术时通过阴道探头,在超声监视妇产科手术仪屏幕上直接观察宫腔内部状况,确定孕囊位置,对绒毛进行吸引。

2 结果

467 例妊娠妇女均顺利手术,无一例发生子宫穿孔、漏吸或吸空不全等并发症。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 在门诊日常咨询预约过程中不管是初次妊娠或多次妊娠者,不论采用传统人工流产还是无痛可视人工流产术均存在较多的心理负担。因此,术前做好手术知识的宣教,耐心地解释她们提出的疑问,介绍阴道超声可视无痛人流流产术的目的、优点、麻醉方法和效果,给予正确有效的心理护理,减轻其焦虑状况,保持良好的心态接受、配合手术。

3.1.2 术前准备 严格掌握手术适应证和禁忌证。详细询问病史,记录受术者姓名、年龄、停经史、生育史、药物过敏史、有无特殊疾病史,监测生命体征,检查血常规、白带常规、B 超、心电