

踪,以观察其远期效果。

有资料报告:远航和长航后官兵身心健康水平显著降低^[5-6]。本研究发现,入院时护航人员身心健康状况较常规疗养的特勤人员无显著性差异,究其原因,该批护航人员是在结束护航任务后 20 余天才被安排到我院疗养,其间经过了各级卫生保健机构的多方位干预和自我调整,身心健康状况已经得到了逐步的恢复。

护航人员出院时的身心健康状况均出现好转趋势,但无统计学意义。我们认为,以责任护士为主体的整体疗养护理是有效的,出现上述结果,主要是因为疗养时间的关系。护航人员由于是在执行重大特殊任务后临时安排的疗养,计划只有 10 天,实际疗养时间为 9 天,身心健康状况刚刚出现好转趋势。所以,我们建议,保证疗养时间对于充分发挥以责任护士为主体的整体疗养护理的优势,提高疗养效果,

保障特勤部队战斗力是十分必要的。

【参考文献】

- [1] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京:中国心理卫生杂志出版社,1999:31-35.
- [2] 张在文. 美海军舰艇部队 1988 至 1994 年疾病谱改变分析[J]. 海军医学杂志,2003,24(4): 381-383.
- [3] 王军亮,张军. 海军航空兵某部飞行员疾病谱分析[J]. 中华航空航天医学杂志,2002,13(2):128.
- [4] 刘永平,陈宏,马建芳. 歼击机飞行员住院疾病谱分析[J]. 东南国防医药,2007,9(4): 249-250.
- [5] 梁根东,黄兴. 远航对艇员心理状态影响的调查分析[J]. 海军医学杂志,2009,30(1): 49-51.
- [6] 宁淑娥. 海军远航舰艇艇员心理健康状况研究[J]. 海军医学杂志,2001,22(4):310-312.

(收稿日期:2009-08-18;修回日期:2009-12-10)

(本文编辑:潘雪飞)

纤维支气管镜下吸痰加冲洗治疗重型颅脑伤患者肺部感染的护理

龚进红,全丽芳,金月红,杨芳

【关键词】 颅脑损伤;纤维支气管镜;吸痰;冲洗;肺部感染

中图分类号: R473.82 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)02-0166-02

重型颅脑伤病情危重,病死率较高,肺部感染是重型颅脑伤最常见的并发症,也是死亡的主要原因之一。防治肺部感染对于提高重型颅脑伤的救治成功率显得尤为重要。纤维支气管镜吸痰术能在直视下逐级吸尽气道内的分泌物,冲洗痰痂,有效提高血氧饱和度,改善组织缺氧^[1]。我科应用纤维支气管镜吸痰加冲洗方法治疗重型颅脑伤肺部感染患者取得较好的效果,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 1 月至 2009 年 1 月行床边纤维支气管镜吸痰加冲洗治疗重型颅脑伤肺部感染患者 102 例,男 81 例,女 21 例;年龄 18~85 岁,平均 (42.6 ± 5.5) 岁。入院时格拉斯哥评分(GCS)3~8 分,均为重型颅脑伤患者。

作者简介:龚进红(1977-),女,福建南平人,本科,主管护师,从事神经外科护理工作

作者单位:353000 福建南平,解放军 92 医院神经外科

1.2 治疗方法 纤维支气管镜吸痰加冲洗先予 2%利多卡因 4~6 ml 经气管导管表面麻醉,根据 X 线胸片及 CT 显示感染病变所在肺叶、段、亚段支气管引流区域,常规纤维支气管镜检查后将纤维支气管镜头端嵌入病变支气管开口处,先吸尽分泌物及痰栓,随之将 37℃ 灌洗液(生理盐水 100 ml + 地塞米松 5 mg + 糜蛋白酶 4000 单位)每次注入 10~20 ml 后负压抽吸,反复灌洗,一般 3~5 次。根据痰培养结果注入敏感抗生素治疗。

2 结果

102 例患者吸痰及冲洗后 30 min 心率、呼吸、 SpO_2 、 PaO_2 、 $PaCO_2$ 、均有较明显改善。102 例患者术前均作 X 线胸片检查。其中有 35 例出现急性肺不张,复查 X 线胸片均可见肺部复张。102 例肺部斑片状阴影患者,支气管镜下表现为粘膜发红充血,管腔内可见脓性或稀薄分泌物。经纤维支气管镜吸引,必要时加用生理盐水与敏感抗生素反复灌洗,治疗

4~6 次后复查 X 线胸片,86 例肺部感染控制。X 线胸片示肺部病灶有明显吸收,痰培养阴性,无并发症。13 例综合治疗后肺部感染控制,3 例死亡。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 器械准备 根据人工气道内径选择纤维支气管镜的型号,纤维支气管镜外径必须小于人工气道内径 1.5~2.0 mm^[2]。检查纤维支气管镜及其配件处于消毒备用状态。常规准备无菌物品、2%利多卡因、0.5%麻黄碱、35~37℃生理盐水、监护仪、负压吸引系统、氧气装备、呼吸机、急救药品等。操作前仔细检查各种仪器,保证仪器性能良好。

3.1.2 患者准备 护士应耐心向家属说明治疗的方法、目的、意义、安全性和有效性。术前禁食 4 h。患者吸入高浓度氧气,流量为 6~8 L/min,机械通气吸入纯氧 10~15 min。

3.2 术中护理 去枕平卧,肩下用枕头垫高 15°~25°,头稍后仰,以利纤维支气管镜顺利进入。护士熟悉操作规程,正确配合医生吸痰、冲洗。选择 35~37℃灭菌生理盐水冲洗,温度过高、过低会引起支气管痉挛和咳嗽^[3],记录冲洗入量和吸出量,同时观察吸出物的性状和量。术中进行心电监护及血氧饱和度监测。严密观察意识、呼吸、心率及血氧饱和度的变化。本组 8 例出现 SpO₂ 下降至 80% 以下,退出纤维支气管镜,给予高流量氧气后,SpO₂ 逐渐回升,待病情稳定后继续进行。

3.3 术后护理 术后将患者卧于舒适体位或侧卧位,注意观察患者的心率、血压、呼吸、SpO₂ 的情况,并及时送检痰标本。2 h 后检查血气分析情况无异常即可进食。第 2 天通知放射科进行床边胸部摄片。术后纤维支气管镜用灭菌生理盐水反复冲洗管腔后,空吸空气 10 min,酸化水浸泡 30 min,晾干备用,吸引器及其他物品按要求消毒或灭菌。

4 讨 论

重型颅脑伤患者常处于不同程度的昏迷状态,植物神经功能紊乱,胃肠道蠕动减慢、舌根后坠、咳嗽及吞咽反射减弱或消失,为降低颅内压又必须使用脱水剂,从而使痰液黏稠不易咳出,滞留在肺及支

气管内,造成呼吸道阻塞影响肺通气,导致肺部感染^[4]。吸痰是保持呼吸道通畅,预防肺部感染的关键。

常规吸痰是根据患者气道分泌物的多少,在充分气道湿化及适当的胸部体疗后给予及时吸痰,但因为操作是在不可视状态下反复多次进行,可造成气道不必要的损伤。针对以上临床特点,为早期解除呼吸道梗阻、肺部感染的高危诱因及改善通气,选择了纤维支气管镜吸痰。为预防及治疗肺部感染的发生,临床常需通过痰培养及药敏试验来确定治疗方案。纤维支气管镜的应用使镜端可进入 5 级支气管内,通过深部吸痰使痰培养及药敏试验的结果更为准确,使临床更有针对性地使用抗生素。纤维支气管镜吸痰的同时还可进行支气管——肺泡灌洗,以利于炎症的吸收。

从本组病例来看,纤维支气管镜下直视吸出气道分泌物加冲洗疗效确切,但由于其进入气道时气道阻力增加,通气下降,加重缺氧。对心血管、呼吸系统的影响主要是通过刺激自主神经及干扰呼吸所致低氧血症^[5]。对纤维支气管镜下吸痰加冲洗治疗仍存有一定的风险。护士在操作过程中应注意术中吸痰、冲洗时动作要准确、快捷、轻柔,减少对患者的不良刺激。加强患者病情的观察,监测意识、呼吸、心率、血压、心电示波及 SpO₂ 等的变化,发现异常立即报告医生并及时处理。术后加强呼吸道的管理,防止术后出血、痰液堵塞。

【参考文献】

- [1] 朱丽萍. 危重病人床边纤维支气管镜吸痰的护理配合[J]. 护理研究, 2006, 20(7A): 1760-1761.
- [2] Mitchell D. British thoracic society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy[J]. Thorax, 2001, 56(Suppl 1): 1221.
- [3] 陈春英, 高阿娜. 浅谈支气管肺泡灌洗术围术期的护理配合[J]. 基层医学论坛, 2007, 11(8): 728.
- [4] 谢 扬, 张志宏, 李 颖. 重型颅脑损伤医院感染因素的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(3): 269-271.
- [5] 古素娥, 毛晓群, 黄惠芬. 危重病人床边纤维支气管镜吸痰的临床观察及护理[J]. 职业与健康, 2007, 23(9): 776.

(收稿日期: 2009-09-21; 修回日期: 2009-11-24)

(本文编辑: 孙军红)