

管镜从口腔中深入到 18 cm 左右之后,自口腔插入约 17 cm 后,应该调整纤维支气管镜的方向,找到会厌。并将纤维支气管镜的镜头前部从会厌的下方经过,稍微翘起之后可以看见声门。这时应将纤维支气管镜调整,使其进入到气管中到达隆突上约 5 mL 的地方,然后将气管的导管沿着纤维支气管镜送入到气管中。通过纤维支气管镜进行观察,应观察到位,将气道中的内分泌物尽量吸尽,同时要将气管导管固定好,一边撤出纤维支气管镜,将气囊充盈。

2 结 果

49 例患者当中,6 例在插管过程中因为咽喉中分泌物比较多而需要暂停插管,在吸除分泌物之后二次插管成功,且成功率都为 100%。在这一组患者中,没有出现心律失常、喉痉挛等症状,有一些患者由于气管导管在置入气管的时候出现一过性心率增快,在麻醉加深之后出现了好转,手术结束后随访没有出现声嘶或者其他并发症。有 43 例一次插管成功,占 87.8%,其完成插管的总时间为 2~4 min。

3 讨 论

以往气管插管困难有采用喉罩置入来取代气管插管、光导盲探气管插管、环甲膜穿刺逆行引导插管以及特殊喉镜。这些方法都具有一定的缺陷。在表面麻醉以及适当药物辅助的情况下,采用纤维支气管镜引导慢诱导清醒气管内插管较为安全^[2]。但是有相关的报道表明由于在患者出现紧张和恐惧,因此,进行表面表面麻醉不能有效组织深部喉部反射的发生,在将纤维支气管镜插入时也会由于刺激而引起较为剧烈的咳嗽,容易导致气管的反射性痉挛收缩^[3]。

纤维支气管镜是一种麻醉科室中的常用工具,麻醉师必须经过多次培训,提高纤维支气管镜引导气管插管的熟练程度。因此,对估计气管插管困难者,不能反复进行试插,可以直接采用纤维支气管镜引导下气管内进行插管,以降低各种并发症出现的概率。本研究中一次插管成功率占有所有患者的 87.8%,在二次插管中,有一些患者由于气管导管在置入气管的时候出现一过性心率增快,但是在麻醉加深之后出现了好转,手术结束后随访没有出现声嘶或者其他并发症。因此,该方法具有

一定的应用价值。

在纤维支气管镜使用的过程应注意:首先,在进行纤维支气管镜的使用前,应该将其镜干和气管导管的前部用适量的石蜡油进行润滑,不能将纤维支气管镜的镜头遮住;其次,由于有一些患者分泌物很黏稠,在使用纤维支气管镜时不能析出,或者分泌物过多,遮住了视野,应该先采取普通的吸引管将其吸净;再者,通过口腔引导气管插管的时候,应该先将牙垫放置好,然后托起患者的双下颌,通过鼻孔引导气管插管的时候,应先把气管导管插入润滑之后的鼻孔,以防止出现导管不能通过鼻孔而出现插管失败的现象。最后,还应该时刻关注患者的症状变化,观察其 SpO₂ 的变化,如果由于插管的时间太长而使得 SpO₂ 下降,则应该立即停止插管,并在面罩中加压供氧约 4 min,当 SpO₂ 上升到正常值之后再插管。

综上所述,纤维支气管镜引导气管插管在困难气道中的应用,如果要确保插管成功,就应该有熟练的操作技巧和丰富经验,并做好充分准备,困难气管插管纤维支气管镜引导经鼻气管插管的成功率高,插管的时间短且能减轻患者的痛苦,具有较低的风险和损伤少,安全性高^[4],因此,可以进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 薛富善. 困难气管插管技术[M]. 北京:科学技术文献出版社,2002:76-77.
- [2] 徐劲松,丁国友,来伟,等. 支气管镜引导气管插管在麻醉气管困难插管的应用[J]. 临床肺科杂志,2009,14(3):413.
- [3] 张九进. 纤维支气管镜用于困难气管插管的临床价值[J]. 微创医学,2008,3(6):575-577.
- [4] 高友光,林献忠,林财珠,等. OSAS 患者纤维支气管镜辅助下快诱导经口与慢诱导经鼻气管插管效果的比较[J]. 中华麻醉学杂志,2009,29(4):633-635.

(收稿日期:2012-07-28 修回日期:2012-11-14)

脑卒中合并医院获得性肺炎的护理干预措施应用体会

陈丽华¹,汪春慧²,罗 全¹,朱光凝¹,余帮蝉³(1. 重庆市万州区卫生干部进修学校附属医院 404000; 2. 三峡医药专科学校附属医院 404040; 3. 重庆市万州区第四人民医院 404000)

【摘要】 目的 探讨脑卒中合并医院获得性肺炎的护理方法,降低病死率。**方法** 对 45 例采用护理干预措施的脑卒中合并医院获得性肺炎患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 采用护理干预措施的 43 例患者病死率为 17.8%,低于报道的 60%。**结论** 护理干预措施可以降低脑卒中合并医院获得性肺炎患者病死率。

【关键词】 脑卒中; 医院获得性肺炎; 护理干预; 病死率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.02.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)02-0241-02

脑卒中合并医院获得性肺炎是诱发多器官功能衰竭和死亡的重要危险因素。早期诊断和护理干预对提高脑卒中后医院获得性肺炎治疗效果,促进脑卒中患者康复,减少病死率具有十分重要的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 5 月至 2011 年 6 月符合脑卒中的诊断标准患者 137 例,其中发生医院获得性肺炎 43 例,发生率为

31.4%。43 例患者中缺血性脑卒中 18 例,出血性脑卒中 23 例,均为首次发病,发病时间在 72 h 以内,男 27 例,女 16 例,年龄 45~71 岁,平均(55±2.3)岁。

1.2 入选标准 43 例患者入院前均无明显呼吸道感染,痰普通细菌培养阴性。入院治疗后出现呼吸道症状,如咳嗽、咳痰或痰性状改变,均符合中华医学会呼吸病学分会 1998 年制订的《医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)》中的诊断标准^[1],

下述项目中有 3 项以上者即可确立诊断:出现咳嗽、咳痰、胸闷、胸痛等呼吸系统症状;双肺闻及干湿性罗音,呼吸音减弱和/或不同程度的肺实变体征;体温升高大于或等于 37.5°C ,伴有白细胞计数大于或等于 $10 \times 10^9/\text{L}$;X 线胸片呈炎性改变;痰培养有致病细菌生长。其中起病缓慢或隐匿者 22 例(51.2%),亚急性者 15 例(34.9%),急骤起病者 6 例(13.9%)。无发热者($<37.4^{\circ}\text{C}$)32 例(74.4%),中等程度以上发热($>37.5^{\circ}\text{C}$)者 11 例(25.6%)。

1.3 护理干预措施 在配合脑卒中内科治疗的同时,除严密观察、记录患者的生命体征等常规护理外,还应积极采取早期护理干预。

1.3.1 健康教育和心理干预 脑卒中后常伴有一定的意识和(或)功能障碍,患者和家属对病情和功能恢复往往会产生恐惧心理,而且心理反应随着病情的缓解、加重而起伏变化。入院后 2~3 d 是开展健康教育的最佳时机^[2]。建立良好的护患关系,仔细聆听患者、家属的倾诉,详细了解患者的病情,耐心细致地解释患者、家属提出的各种疑问。必要时可通过介绍治愈的病例,以缓解患者、家属紧张、恐惧、焦虑情绪,增强对治疗、护理的信心和配合。

1.3.2 呼吸道干预 给予 $1\sim 2\text{ L/min}$ 持续低流量氧气吸入。病情允许将头部适当抬高,头部偏向一侧或采取侧卧位,及时清理口腔内的分泌物,必要时头可略后仰以保持气道畅通^[3]。并教会患者 3 种有效咳嗽的方法(即暴发性咳嗽、连续性小声咳嗽、发声性咳嗽),并经常督导,以利于排痰。对于意识不清、咳嗽无力者每 2 小时翻身拍背一次^[4]。拍背时护士站在患者右侧,协助患者坐起,手掌呈“舟状”自下而上拍,通过振动肺、气管促使痰液上行,分泌物的排出,利于肺复张。拍背时观察患者的意识、面色及呼吸情况,经常更换体位,避免痰液淤积于肺底及背部。分泌物多、黏稠时进行雾化吸入,必要时给予吸痰。吸痰时严格无菌操作,动作规范、轻柔,每次吸引的时间不得超过 15 s,连续吸引总时间不得超过 3 min,吸引负压选择 $80\sim 120\text{ mm Hg}$,避免损伤气道;每吸痰 1 次更换 1 根吸痰管,避免感染。对呼吸道分泌物进行定期细菌培养和药物敏感试验,选用敏感的抗生素预防和控制感染。

1.3.3 饮食干预 脑卒中急性期吞咽困难的发生率高达 33%,极易导致吸入性肺炎而危及生命。因此对于吞咽困难的患者,应加强鼓腮、噙水训练,可有效改善脑卒中吞咽困难的预后。对具有张口、吸吮、咀嚼能力,能够随意识做出吞咽动作的患者,根据情况选择易于吞咽的高热量、高蛋白、高维生素的流质、半流食、软食。患者取坐位,前倾约 20° ,颈部稍向前弯曲,头转向健侧,患肩以枕头垫起,操作者位于患者健侧。这种体位下进食,食物不易从口中漏出,有利于食物向舌跟运送,还可以减少向鼻腔返流及误吸的危险。每次摄食入口量,先以 $3\sim 4\text{ mL}$ 开始,然后酌情增加至 1 汤匙大小为宜。进食过程中注意观察:咀嚼、吞咽及喝水的速度,有无呛咳,要等第一口完全咽下再喂第二口。对吞咽困难及不能进食的患者,在病情允许的情况下尽早鼻饲,喂食前采取坐位或半坐卧位,少量多餐,进食后 30 min 内避免改变体位,同时加强口腔护理。

1.3.4 环境干预 医院获得性肺炎主要是由于口咽部定植菌随分泌物吸入下呼吸道并突破机体防御机制而引起。因此,预防和控制医院感染是治疗和护理的重要措施之一。医院应严

格标准隔离措施以控制交叉感染;明确医护人员和患者的流向,人员流向有序分开可以最大程度减少外界对病区工作的干扰,减少交叉感染,有利于医疗的运作与病区的管理;特殊感染患者或高度耐药菌感染患者单独安置,诊疗护理活动采取严格标准隔离措施,控制交叉感染。吸痰时未能严格无菌操作也是病原菌进入气道的一个途径。因此,要严格各项侵入性无菌操作。

1.3.5 加强基础护理干预 待患者病情平稳后,要指导患者进行患肢主动和被动功能锻炼^[5]。可依据患者的病情及承受能力等情况,合理设计训练方案,以患者在训练后患侧肢体有轻度酸感且不影响下次训练为度,每天 2~3 次。并要保持床铺干燥和整洁,每 2 小时为患者翻身或按摩受压部位 1 次,预防褥疮发生。神志清楚的患者要进行呼吸功能锻炼,指导患者做胸式或腹式呼吸运动,以增加肺活量。

2 结 果

45 例脑卒中合并医院获得性肺炎患者中,死亡 8 例,病死率为 17.8%,低于报道的 60%。

3 讨 论

近年来,医院内感染日益受到人们的关注,成为引起感染性疾病的重要因素之一,脑卒中患者由于长期卧床,肢体功能障碍,活动减少,容易引起机体防御功能下降;意识障碍、神经系统受损可能引起呼吸运动减弱、咳嗽反射抑制、排痰功能减弱;若伴有昏迷或吞咽障碍时,容易造成误吸而将病原菌带入气道内。这些影响因素均为致病菌侵入呼吸道提供了条件,同时由于抗菌药物的广泛使用,病原微生物变迁等原因使脑卒中患者医院获得性肺炎(HAP)的发生率有上升趋势,直接或间接促使了病情的恶化。随着现代医学科学的发展,现代护理已由以患者为中心的责任制护理模式逐步转变为以人为中心的整体护理模式^[6-8]。由于脑卒中的病情复杂性和多样性,早期采取有效的护理干预措施,对救治患者,提高脑卒中患者的生存质量有良好的效果。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志,1999,22(4):201.
- [2] 党丽萍. 开胸手术患者的呼吸道护理管理[J]. 中国医药导报,2009,6(21):101-102.
- [3] 李秀习. 脑卒中患者医院获得性肺部感染的护理[J]. 现代护理杂志,2005,18(2):140.
- [4] 张森,瞿青云,周维智,等. 脑卒中并发肺部感染的相关因素分析与护理[J]. 临床护理杂志,2006,5(2):25-26.
- [5] 马敏. 脑卒中并发肺炎感染的危险因素分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2006,12(4):617.
- [6] 马丽. 人性化护理的实施与效果分析[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(4):49.
- [7] 潘苏娜. 脑卒中患者的康复护理[J]. 中国实用神经疾病杂志,2012,15(16):93-94.
- [8] 刘慧娟. 社区护理干预对脑卒中患者的疗效研究[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(26):116-117.