

急性有机磷中毒并发气道梗阻的原因分析及护理对策

褚海娟 童文渊 胡映波
(浙江省宁海县第一医院 ICU 宁海 315600)

关键词:有机磷中毒;气道梗阻;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0079-02

机械通气是抢救急性有机磷中毒呼吸衰竭、减少病死率的主要途径之一,而人工气道的建立使正常的湿化、加温、过滤及咳嗽反射消失,加之在治疗过程中阿托品的应用而抑制腺体分泌,可导致痰液黏稠增加形成痰痂而阻塞气道。而一旦发生气道梗阻,将对有机磷中毒患者的生命造成再次威胁。我科在 2002 年 10 月~2007 年 6 月出现急性有机磷并发气道梗阻者 8 例,通过积极抢救与耐心细致地护理,8 例中无 1 例患者死亡。现报告如下:

1 临床资料

本组 8 例并发气道梗阻患者,均为急性口服有机磷中毒,其中男性 3 例,女性 5 例,平均年龄 38 岁。入院后均予以常规洗胃,阿托品联合应用胆碱酯酶复能剂,并以气管插管处接人工呼吸机辅助呼吸。8 例患者均出现不同程度的气道梗阻症状,如:突发烦躁不安,面色青紫,呈吸气性呼吸困难,血氧饱和度下降,心率增快,肺部呼吸音减弱或消失。立即予以吸痰、扣背、鼓肺、雾化吸入、加大吸氧浓度等紧急处理后,协助病人坐起,嘱其深吸气,必要时经超声雾化药液吸入,2 次/d。

3.1.3 生活护理 做好晨晚间护理,保持床单及病人皮肤干净,预防褥疮发生,做好口腔护理,防止口腔溃疡。

3.2 并发症的观察和护理

3.2.1 膈下感染 由于膈下感染与脾窝积液、脾切除后机体抵抗力差及长期平卧位有关,术后应及时给予半坐卧位,保持有效引流,观察患者体温变化及有无腹膜炎体征,及时正确使用抗生素及指导患者加强营养。本组病例未出现膈下感染。

3.2.2 出血 术后继发出血主要是由于肝功能代偿能力差及脾切除术后凝血功能障碍,容易出现上消化道出血或腹腔内出血^[4]。术后 72h 应密切监测生命体征、腹部体征、胃管和腹腔引流管引流液的量、颜色及性质。本组病例中有 1 例术前肝功能分级 B 级的患者术后第 7 天突发上腹部疼痛,胃管引出血性液体,诊断为并发消化道出血,予胃镜下注射硬化剂及时止血处理后好转。因此,对于术前肝功能较差的患者术后要特别注意有无出血征象,同时积极改善肝功能。

3.2.3 肝昏迷 肝昏迷是术后较为严重的并发症。术后应严密观察患者的意识变化,动态监测肝功能,给予护肝治疗和慎用对肝脏有损害的药物。做好饮食指导,及时准确记录出入水量,避免水电解质失衡,及时治疗出血,保持大便通畅,以防诱发和加重肝昏迷。如患者出现神情欣快或淡漠、嗜睡、昼夜倒置、行为异常、胡言乱语、肢体扑翼样震颤^[5],则应高度怀疑并发肝昏迷,及时向医师反映,制定有效治疗方案。本组有 1 例患者有反复出血、病情拖延,术后并发肝性脑病而死亡。

3.2.4 血栓 脾切除术后,血小板可迅速增高,当达到 600×

其中 5 例患者上述症状缓解,另 3 例患者在吸痰过程中感觉吸痰不畅伴有阻力感,立即予以拔除气管插管并更换后症状缓解,观察拔除的插管,可见前端弯曲处有不同程度的痰栓堵塞。

2 原因分析

2.1 气道湿化不充分 正常上呼吸道对吸入的气体有加温加湿作用。人工气道建立后,气体绕过大部分呼吸道而直接进入气管,若不对吸入的气体进行湿化和温化,必然造成下呼吸道失水、黏膜干燥和分泌物干结^[1]。人工气道吸入气需要保证温度为 32~35℃,相对湿度为 90%~99%,临床上一般无法达到以上要求。

2.2 体液不足 人工气道建立后患者每日呼吸过程中的失水量是正常人的 2~3 倍,如伴有高热时更加严重。当摄入量和补液量未充分考虑到不显性失水时,则可能发生痰液黏稠而造成整个气道不同程度堵塞。

2.3 吸痰不及时或不彻底 气管插管后不及时或不彻底吸 10%/L 以上时,脾静脉、肠系膜静脉有发生血栓的可能,应仔细观察病人有无急性腹痛、腹胀、血便及腹膜刺激症状。本组病例术后血小板计数均有明显升高,其中有 13 例术后第 7 天血小板计数 >500×10⁹/L,2 例术后第 10 天血小板计数 >800×10⁹/L,予及时口服潘生丁、丹参、肠溶阿司匹林及注射速避凝、低分子右旋糖酐等抗凝祛聚处理后血小板计数下降。

3.3 量出为入,保护肾功能 准确记录出入量,注意水、电解质平衡,对使用利尿剂的病人监测血钾及血钠。根据病情调节补液速度和量,低血容量时开放 2 条静脉通路,保证尿量在 30mL/h 以上,观察病人尿量,以了解肾功能情况,预防肝肾综合征。

3.4 健康指导 病人宜进食新鲜易消化、多维生素、多糖食品,适量食用蛋白质及脂肪类食物,禁忌饮酒及饱食。出院后应继续坚持保肝治疗,不要服用对肝脏有害的药物。病人生活要有规律,劳逸结合,自我监测有无出血迹象,发现异常及时就诊。

参考文献

[1]王文如.运用循证护理对门脉高压症术后患者的观察[J].河南外科学杂志,2006,12(3):67
[2]张竹丹.38 例门脉高压症并发上消化道出血的观察和护理[J].大同医学专科学校学报,2005,4(8):20
[3]赵素华.门静脉高压症上消化道出血外科护理[J].医药论坛杂志,2006,27(5):86
[4]王陆林.普通外科手术意外与并发症[M].郑州:郑州大学出版社,2002.589
[5]范淑君.门静脉高压症术后并发症的临床观察和护理[J].医学文选,2002,21(3):32

(收稿日期:2008-05-14)

类风湿性关节炎的中西医结合护理体会

熊哲

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 类风湿性关节炎; 中西医结合疗法; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0080-02

类风湿性关节炎(RA)是以慢性、对称性、多滑膜关节炎和关节外病变为主要临床表现的自身免疫性疾病,多侵犯手、腕、足等关节,晚期关节可出现不同程度的强硬和畸形,是一种致残率较高的疾病,中医属于“痹症”范畴^[1]。我院从2007~2008年收治128例类风湿性关节炎患者,经中西医结合治疗及护理,效果较满意。现将护理体会报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组128例,均符合1987年美国风湿病协会修订的类风湿性关节炎分类标准^[2],其中男32例,女96例;年龄25~68岁,平均38.5岁;病程3个月~20年,平均住院日22d。

痰可导致痰液积聚在气道内时间过长,极易形成痰痂,成为异物,滞留在气管内而阻塞气道。

2.4 阿托品的应用 阿托品因阻断M受体而抑制腺体的分泌,使呼吸道分泌减少而干燥。

2.5 插管时间过长 气管插管后,造成机体防御屏障人为破坏,为病原微生物提供了入路和繁殖基地。加之病后机体抵抗力下降,呼吸道消除细菌的功能降低,从而使病菌侵入而引起感染。

3 护理措施

3.1 一般护理 鼓励患者咳嗽咳痰,并每2小时翻身扣背一次,力量要适中。扣背方法:五指并拢,手掌呈杓状,指腹与大小鱼际着落,由腕关节用力,由下而上,自外向内,有节奏地扣击背部,每次扣击时间为15~20min,一般不超过30min。

3.2 气道湿化 气道湿化是人工气道护理的主要环节,其效果直接影响人工气道护理的质量。

3.2.1 目的 上呼吸道除了是气体吸入和呼出的通道外,还承担着对吸入气体加温加湿的作用,这是呼吸系统非特异性防御功能的重要组成部分。人工气道建立后,上呼吸道固有的维持呼吸通道的作用被人工气道所代替,上呼吸道非特异性防御功能也被削弱。机械通气时,气道湿化的目的正是为了恢复上呼吸道原有的这种功能。

3.2.2 方法 气道湿化的方法有两种:一种是呼吸机上配备的加温加湿装置;另一种是借助护理人员,应用人工的方法,定时或间断地向人工气道内滴入一定量的湿化液。呼吸机的加温加湿装置是利用将水加温至一定水平后产生蒸气的原理,使吸入的气体被加温,并利用水蒸气的作用达到使呼吸道湿化的目的。而人工气道内直接滴入法是由操作者根据病人的具体情况酌情掌握,一般每次滴入3~5mL、间隔时间为30~60min。对痰液黏稠者,每次滴入液体的数量可适当增加,滴入液体的间隔时间也可适当缩短。

3.2.3 湿化液 目前我科应用最普遍的是生理盐水,效果较好。而碰到痰液Ⅱ度以上黏稠者,遵医嘱用1.5%碳酸氢钠湿

1.2 治疗方法

1.2.1 药物治疗 主要用非甾体抗炎药、慢作用抗风湿药、糖皮质激素和生物制剂等,并配合中医辨证方药内服。

1.2.2 中药熏洗治疗 将熏洗药物(本组熏洗药物为我院自组熏洗方,药用生川乌、生草乌、威灵仙等)研末装入布袋内,用适量清水浸泡2h左右,文火煎50min,制成熏洗液,对患病部位进行熏洗,每天2次。

1.2.3 理疗治疗 使用推按运经仪对患病部位进行治疗,每天2次。

2 护理

2.1 精神护理 RA病人由于疾病长久难愈、疼痛、致残而

化液行气道湿化^[3]。其主要作用是:(1)软化稀释痰液,减少吸痰次数。(2)快速较多量湿化液的注入,一方面能够刺激患者咳嗽,促进痰液上下移动,使痰液易于咳出;另一方面也有助于振动附着于气管管壁及小气道内的痰液,使其松动、脱落,不易行成痰栓、痰痂。根据痰液的黏稠度将痰液分为3度^[4]。

I度(稀痰),痰如米汤或白色泡沫样,能轻易咳出,吸痰后吸痰管内无痰液滞留;II度(中度黏痰),痰的外观较I度黏稠,需用力才能咳出,吸痰后有少量痰液在吸痰管内壁滞留,但易被水冲洗干净;III度(重度黏稠),痰的外观明显黏稠,常呈黄色并伴有血痂,不易咳出,吸痰时,吸痰管因负压过大而塌陷,吸痰管内壁上滞留有大量痰液且不易用水冲净。湿化液用量:I度痰每次2mL,间隔2~3h;II度痰每次2~4mL,间隔1h;III度痰每次4~8mL,间隔0.5h。

3.3 适时有效吸痰 临床中我们通过观察患者双肺呼吸音、痰液的黏稠度、气道压力、咳嗽等状况,了解患者气道情况,适时吸痰。吸痰前给患者100%纯氧,以提高患者血氧饱和度至所能达到的最高值,从而避免吸痰时发生严重低氧血症。然后置入吸痰管至气管最深处,上提1cm再打开负压,吸引压力调节至100~120mmHg,最大不超过200mmHg,边吸边旋转退出,至有分泌物时停留片刻,每次吸痰时间不超过15s。吸痰时注意吸痰管插入是否顺利,遇到阻力时应分析原因,不要盲目插入。

急性有机磷中毒并发气道梗阻一旦发生,来势猛,发展快,变化多,对患者的生命造成严重的威胁。护理人员应在临床工作中具有高度的责任心,仔细观察,早期发现,才能防患于未来。而加强气道管理和机械通气的护理是防止气道梗阻发生的关键。

参考文献

[1]王保国.实用呼吸机治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2001.136
[2]张淑敏,李丽华.气道插管机械通病人气道湿化液的应用[J].中国实用护理杂志,2004,20(6):48-49
[3]张建美,杨丰娟.气道湿化[J].齐鲁护理杂志,2004,10(1):45-47

(收稿日期:2007-09-30)