

例和手术取栓 2 例 ;另 1 例因严重缺血症作内痿结扎 ,肢体远端缺血症状缓解。

3 应用及护理体会

上肢血管转位内痿是一种目前尚未被充分利用和认识的自体血管内痿 ,是修复常规内痿和建立非常规自体内痿的一种很好的方法。自体血管转位内痿较血管移植内痿及深静脉隧道式涤纶套导管留置有感染率低、费用少、使用时间长等优点 ,临床上可作为常规内痿失败后的首选方法^[1] ,长期通畅率和临床应用上仅次于传统的自体动静脉内痿。但由于转位痿是非常规内痿 ,护士操作发生堵塞率高于正常内痿 ,原因是非常规内痿位置变化大 ,穿刺时难度高 ,应用及护理有其特殊性。

我们的体会是前臂贵要静脉转位内痿穿刺点建立在动脉化的贵要静脉上 ,桡动脉转位内痿的穿刺点建立在动脉化的静脉上 ,必要时也可在桡动脉端穿刺 ,桡动脉贵要静脉会师内痿的穿刺点应建立在动脉化的贵要静脉上 ,而不能建立在桡动脉上。穿刺技术要求高 ,因血管位置难以固定 ,位置较深不暴露 ,穿刺点的压迫止血相对较难 ,易堵塞 ,所以穿刺时必须由经验丰富的高年资护士来操作 ,做到一针

见血。

护士每次穿刺前都应仔细观察患者血管情况 ,对内痿进行评估 ,穿刺时严格无菌操作。应先清洁皮肤再消毒 ,消毒面积的直径扩大为 4 ~ 6 cm ,防止皮下渗血及血肿。一旦发现皮下血肿 ,立即用冰袋冷敷 24 h 后予温水热敷 ,促进血肿尽早吸收。转位痿成熟期较长 ,一般需 6 ~ 8 周以上 ,嘱病人拆线后必须进行功能锻炼。转位痿首次穿刺透析结束拔针时应注意保持同一角度 ,压迫止血点要到位 ,先拔针再压迫 ,以免损伤内壁。如果两针穿刺距离较近时 ,回血后再拔针。拔针后必须由护士指压法 10 ~ 15 min ,其后便可用弹性绑带直接压迫。弹性绑带压迫强度不宜过紧 ,压迫时间不宜过长 ,要求患者每 10 min 放松弹性绑带一次 ,如针眼处不出血 ,即停止压迫。目前 ,我科共有正在使用的转位痿 25 例 ,使用最长者已达 4 年。

参考文献

1 陆石 ,田军 ,韩国峰 ,等 . 前臂血管转位建立自体动静脉内痿的临床研究 [J]. 中国血液净化杂志 2003 ,10(2) : 543.

(收稿日期 2004-02-09)

临床常用吸氧方式对氧疗效果的影响

高振双 高倩

(山东省立医院 ,山东 济南 250021)

关键词 氧气疗法 吸氧方式 治疗效果

中图分类号 :R471 文献标识码 :B 文章编号 :1002-6975(2004)09-0846-02

氧气疗法是指用各种方法使患者吸入气体中的氧浓度高于大气氧浓度 ,以提高肺泡内氧分压 ,改善和纠正低氧血症的治疗措施。对危重患者进行及时有效的氧疗是抢救患者成功与否的关键环节。鼻导管、鼻塞(双孔、单孔)、面罩、婴幼儿双侧孔吸氧对患者血氧饱和度提高的速度及效果进行监测 ,以便做到因病施治 ,达到及时有效的氧疗。临床上有的患者需快速改善供氧 ,如急性中毒、外伤、急性心衰等 ;也有的患者需长期低流量供氧 ,如肺心病、慢性呼衰患者 ;为了使氧疗准确、迅速、有效、安全 ,现将以上几种方式供氧对患者血氧饱和度的影响总结如

下。

1 材料与方法

1.1 随机选择先天性心脏病法乐氏四联症患者 10 例 ,因其血氧饱和度低(本组 65% ~ 82%) ,吸氧后改善幅度较大 ,变化明显 ,可直接观察出吸氧后血氧饱和度提升的速度及达峰值所需的时间。选用灵敏度较高的脉冲 503 经皮血氧饱和度测量仪(美国产) ,直接观察血氧饱和度的动态变化 ,而且无创伤 ,病人易于接受。分别采用以下几种方式供氧 ,观察 5 L/min 的相同吸氧流量 30 min 时间对血氧饱和度的影响 ,并观察使患者血氧饱和度达峰值所需时间。

1.2 吸氧方式

1.2.1 鼻导管法 是传统的吸氧方法 ,是鼻咽部供

作者简介 :高振双(1963—) ,女 ,山东 ,大专 ,主管护师 ,护士长 ,从事临床护理工作

氧,插入长度是鼻尖到耳垂的 2/3 长,导管易堵塞且易导致病人不适。

1.2.2 鼻塞法 分单孔、双孔两种类型,是将鼻塞置于鼻前庭,操作简单,局部刺激小,患者易接受。

1.2.3 面罩法 使用面罩将病人口鼻全部罩上的供氧方式,对患者气道黏膜无刺激,易固定,氧流量大,氧浓度可达较高水平。清醒患者主诉有憋气不适,且妨碍交流及咳嗽,因而不愿接受^[1]。

1.2.4 双侧孔导管吸氧法 将硅胶吸痰管远端封闭,距封闭处 4 cm 处剪相距 0.5 cm 的两个侧孔。近端接氧气,两侧孔正对两侧鼻前庭,置于鼻外,适当固定,适用于潮气量小的婴幼儿吸氧。

2 结果

2.1 相同流量 5 L/min,相同时间 30 min,鼻导管吸氧可将血氧饱和度提高 11.7%,而单孔鼻塞法只提高 7.5%,双孔鼻塞法可提高 11.9%,面罩法提高 10.1%。

2.2 相同流量 5 L/min,将血氧饱和度提高到峰值所需时间,鼻导管法需时 3~5 min。双孔鼻塞吸氧需时 3~5 min,面罩法吸氧只有 40% 的患者的血氧饱和度提高到峰值,若将氧流量加大到 8~10 L/min,也可将血氧饱和度在 3~5 min 内提高到峰值。单孔鼻塞法则难以将血氧饱和度提高到峰值。

2.3 双侧孔导管鼻腔外吸氧,只适合于潮气量较小的婴幼儿,可达到与双孔鼻塞吸氧同等的效果与速度,因其管置于前庭处鼻腔外,潮气量的大小对吸入氧浓度有较大的影响,因此不适合成年人。

3 讨论

3.1 氧疗效果除与吸氧的方式、流量直接有关外,与患者的缺氧状况及缺氧分型也有密切关系。临床上将低氧血症分为两类,一类是低氧血症伴高碳酸血症,常见于 II 型呼衰。因通气不足,呼吸道梗阻所致缺氧,同时伴有二氧化碳潴留。氧疗可纠正低氧血症,但无助于二氧化碳的排出,如氧疗不当可加重二氧化碳潴留。另一类是单纯低氧血症,常见于 I 型呼衰,一般为弥散功能障碍和通气/血流比例失调所导致,通过提高吸入氧浓度,可较满意地纠正低氧血症^[2]。

3.2 鼻导管吸氧 在同样大流量(5 L/min)虽对患者血氧饱和度提高较快,血氧饱和度达峰值所需时间也较短,同时对氧的有效利用率最高,可作为急救患者的首选。但鼻导管的插入对患者咽喉壁有刺激,敏感者有恶心不适,清醒患者 5 L/min 的流量病

人难以长期忍受。3 L/min 以下的流量病人容易接受,但随着吸入氧浓度的降低,又会影响氧疗效果。另外吸氧时间过长易造成鼻导管堵塞的可能,因此应每隔 4~6 h 更换一次。反复插入可能造成鼻黏膜的损伤,因为从口咽部给氧,失去了鼻毛对吸入氧气的过滤清洁作用。现此方式已较少用。

3.3 鼻塞吸氧 分为双孔和单孔,单孔鼻塞吸氧难以将血氧饱和度提高到峰值,若加大氧流量,病人难以接受,临床已较少应用。但因其刺激性小并可双侧鼻孔交替插入,所以对于需持续低流量供氧者,如肺心病患者仍为首选。而双孔鼻塞吸氧对血氧饱和度的提高最快,血氧饱和度达峰值的时间最短,同时对氧的有效利用率也较高,是鼻前庭给氧,保持了鼻毛对吸入氧气的过滤清洁作用。此方式既克服了鼻导管吸氧给病人带来的不适又达到了快速高效改善病人缺氧状况的目的。正是体现了以人为本的医疗服务,现已被临床普遍应用。

3.4 开放式面罩吸氧 需要在加大氧流量(10 L/min)的情况下,才能快速将血氧饱和度提高到峰值,对患者呼吸道黏膜无刺激,易固定,氧流量大,氧浓度可达较高水平。但清醒患者不愿接受开放式面罩吸氧,主诉有憋气不适,妨碍交流及咳嗽,多数患儿对此有恐惧感。且有资料表明长时间开放式面罩吸氧可造成二氧化碳潴留,引起肺心病患者二氧化碳麻醉而加重病情^[3]。因此只适合短期应用,以及急救和术后重病患者供氧。

3.5 双侧孔导管吸氧 较为方便,但其吸入氧浓度不稳定,很容易受下列因素影响:(1)患儿通气类型,是张口呼吸还是经鼻腔呼吸;(2)氧流量、患儿的潮气量,一般来说在相同氧流量时,潮气量越大,吸入氧浓度越低;反之,潮气量越小,吸入氧浓度越高。因此,此种供氧方式仅适用于潮气量小的、2 岁以内的婴幼儿。因婴幼儿呼吸道狭细,黏膜娇嫩,既不能承受鼻导管的插入,也经受不住双孔鼻塞对鼻前庭的损害。此方式避免了患儿对头罩、面罩的恐惧及对抗,以及由其引起的吸入气中二氧化碳浓度的增高。同时不影响患儿哺乳,也易于观察面色及口唇,是目前婴幼儿安全、有效、也易于接受的吸氧方式。

参考文献

- 1 狄延玲,陈霞. 氧气疗法的研究进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2004, 10(1): 47-49.
- 2 郭兰敏,苏应衡. 实用胸部外科手术[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996. 267-272.
- 3 Smith T. 长期氧气治疗[J]. 国外医学护理分册, 2000, 19(3): 132-133.