

痰,待 SpO_2 上升后再吸。

2.5 气道湿化 建立人工气道后,原来无效死腔对吸入气体加温、加湿、过滤的作用丧失,会厌失去功能^[5]。分泌物不能排除,并发感染,故对MV病人必须加强气道湿化。

2.5.1 蒸气加湿 在电热恒温蒸气分生器内加入蒸馏水,温度 $32\sim 35\text{ }^\circ\text{C}$,湿度 $60\%\sim 70\%$,每日 $200\sim 300\text{ ml}$,定期更换滤纸。

2.5.2 雾化加湿 在呼吸机雾化器中,加入生理盐水 20 ml +庆大霉素 $8\text{万U}+\alpha$ -糜蛋白酶 5 mg ,利用射流原理形成雾滴,随呼吸进入小气道,达到稀释痰液、消炎之目的。每次 30 min ,每日2次。

2.5.3 气管内滴药 用 0.45% 盐水 $100\text{ ml}+$ 地塞米松 $10\text{ mg}+$ 庆大霉素 $16\text{万U}+\alpha$ -糜蛋白酶 10 mg ,每次 $2\sim 3\text{ ml}$ 每 $1\sim 2\text{ h}$ 1次,溶化痰痂,血痂、局部抗感染。在人工气道口滴药,药液只能到达气管,支气管,难以到达肺泡,故气管内滴药应深入到气管分叉上 1 cm 处^[6]。方法是用注射器连接无菌吸痰管,深入气管交叉上 1 cm 处(气管切开者进入 $6\sim 8\text{ cm}$;气管插管者与气管插管的长度相同)每次滴药 $1\sim 2\text{ ml}$,等 $1\sim 2\text{ min}$ 后吸痰,其效果优于在人工气道口滴药。

2.6 氧疗 根据不同的疾病不同的时期给予不同的吸入氧浓度(FiO_2)。心肺复苏者开始人工通气前 $1\sim 2\text{ h}$ 给 FiO_2 (吸入氧浓度) 1.0 L/min ,一般不超过 6 h ,以免氧中毒。然后根据血气分析调整 $FiO_2\ 0.4\sim 0.5\text{ L/min}$ 为宜^[7],其他疾病 $FiO_2\ 0.35\sim 0.5\text{ L/min}$,使动脉氧分压(PaO_2)达 60 mmHg 以上,血氧饱和度(SaO_2)达 90% 以上即可^[5],如果出现低氧血症应寻找其他可能出现的原因或改变通气模式。不能一味追求提高 FiO_2 来提高氧含量,以免引起氧中毒。

2.7 体位 MV患者,病情危重,常出现应激性溃疡,上消化道出血引起呕吐,易引起误咽,患者应取半卧位,夹角 $25\sim 35^\circ$,避免误咽引起吸入性肺炎。为利于痰液引流或预防褥疮,可采用交换体位^[8],仰卧位 \rightarrow 左侧卧位 \rightarrow 仰卧位 \rightarrow 右侧卧位,每 $1\sim 2\text{ h}$

1次。近年来对急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者采用俯卧位^[9],可以降低胸腔内压力程度,使通气/血流(V/O)更加匹配,降低肺内分流,改善氧合。立法是 4 h 俯卧 $\rightarrow 2\text{ h}$ 仰卧,或 4 h 俯卧 $\rightarrow 4\text{ h}$ 仰卧。由于条件限制我们没有这方面的经验,具体实施有待于进一步探讨。

2.8 其他护理 留置胃管,胃肠减压,减少呕吐,降低误咽发生率。经鼻饲提供胃肠营养,保证病人足够的热卡。胃肠营养可促进胃肠蠕动,减少革兰氏阴性杆菌在胃内定植,可降低呼吸机相关性肺炎(VAP)的发生率。保持口腔卫生,用 1.5% 碳酸氢钠液清洗口腔。用眼药膏滴眼,盖无菌纱布,预防角膜溃疡。病房开窗换气,保持室内空气流通。室温保持 $28\sim 32\text{ }^\circ\text{C}$,湿度 $50\%\sim 70\%$,室内定期空气消毒。

3 参考文献

- [1] Critical Questions. Music Therapy for Patients on Ventilators. Am J Nurs, 1997,97(4):16.
- [2] Paula A. Ferland. Are ready for ventilator patients. Nursing, 1991,1:4.
- [3] 刘又宁,主编.呼吸通气与临床.第1版.北京:北京科学出版社,1990.36.
- [4] George S L, David J S, Burkhard F S. Airway management of the Chronically Intubated patient. Respiratory care, 1995,40(12):1279.
- [5] Guglieminotti J, Desmonts J, M Dureuil B. Effect of tracheal suctioning on respiratory in mechanically ventilated patient. Chest, 1998,113(5):1335.
- [6] 王凡玲,叶海长,吕文斌,等.气管内注药最佳部位和体位的研究.中华护理杂志,1995,30(6):351.
- [7] Moore F A, Haenel J B. Ventilatory Strategies for Acute Respiratory Failure. Am J SURG, 1997,173(1):53.
- [8] 王敏丽.机械通气患者分泌物清除.实用护理杂志,2000,16(1):23.
- [9] Susan M. D, Sharon P. D. Common Questions about prone positioning for TRDS. Am J Nurs, 1998,98(6):16.

(收稿:2001-01-23)

(本文编辑:刘守身)

有机磷中毒致中间综合征的观察与护理

王霞 张俊英

(山东省立医院,济南市 250021)

关键词 有机磷中毒;中间综合征;护理

中国图书资料分类号:R473.5

文献标识码:C

文章编号:1004-1257(2002)02-0151-02

总结1999~2000年收治的64例有机磷中毒者中发生中间综合征(IMS)的5例患者的观察及护理资料,认为严密观察有机磷中毒后的临床表现,为及时诊断IMS提供了依据,早期建立人工气道是纠正周围性呼吸衰竭的关键措施,术后护理更是病人康复的重要保证。

1 临床资料

64例中毒者中发生IMS者5例,发生率7.8%,与文献报道一致^[1]。患者均为女性,平均年龄37岁。其中3例为在本院治疗期间发生,外院转来2例。3例为自服“1605”,2例为自服“DDV”,服毒量 $50\sim 200\text{ ml}$ 不等。5例患者在胆碱能象缓解后,神志转清,但分别于中毒后最早 12 h 、最晚 100 h 出现了烦神

经支配的眼部、颈部、肢体近端肌肉和呼吸肌麻痹症状。其中累及眼外肌4例,颈肌5例,肢体肌3例,呼吸肌5例。4例患者施行气管切开,应用呼吸机 10 d 内恢复自主呼吸,平均置管时间 12 d ,血气分析正常后拔管出院。1例因合并多脏器功能衰竭于中毒后 46 h 死亡。死亡率 20% ^[1]。

2 观察与护理

2.1 早期彻底切断中毒途径 救治经口一消化道中毒,关键是清除毒物。要尽早彻底洗胃,并清洗受污染的皮肤、毛发,更换清洁的衣服,避免吸收中毒。

2.2 密切观察病情 为防止IMS发生,应在抢救急性有机磷中毒的胆碱能象消失后,继续住院治疗观察 $5\sim 7\text{ d}$ 。经常检查

病人眼球转动、抬头耸肩及四肢肌力,以判断肌肉受累情况。询问有无胸闷、咳嗽无力,观察呼吸频率与幅度。若出现呼吸浅促、口唇、指甲等紫绀进行性加重,监测 PaO₂ 动脉血氧分压逐渐下降,提示可能发生 IMS 累及呼吸肌,此时治疗护理的关键是迅速有效地处理呼吸功能障碍,立即行气管插管应用呼吸机辅助呼吸,如插管 3 d 后患者自主呼吸仍未恢复,为避免咽喉部肌肉受压缺血坏死,改为气管切开。注意观察患者的胸廓活动幅度,两肺呼吸音是否一致,呼吸机使用是否合拍,根据血气分析及及时调整呼吸机的工作指标。

2.3 保持呼吸道通畅,及时吸痰与湿润雾化气道

2.3.1 吸痰时动作要轻、迅速,边旋转边吸引,每次不超过 15 s,吸痰前要加大给氧浓度至 80% ~ 100%,吸痰时监测 PaO₂,若 < 60%,应暂缓吸痰。

2.3.2 鼓励患者咳嗽、排痰 若痰多粘稠不易吸出,可经常变换体位并轻拍背部以利排痰。同时注意呼吸道加温、湿化。因为在应用呼吸机过程中,吸入高流量干燥气体,使呼吸道分泌物干燥变稠,会损伤气管的纤毛上皮,耗损肺泡表面活性物质,形成呼吸道梗阻。由于治疗有机磷中毒应用大量的阿托品,抑制了全身腺体分泌,呼吸道分泌物减少,如不加强气管湿化,更易形成痰痂阻塞气道。我们将吸入气体的温度控制在 31 ~ 35 °C,保持湿化罐内水在 1/3 ~ 2/3 水平,及时去除呼吸通路中的冷凝水,保持室温 18 ~ 20 °C,相对湿度 70%。每日给患者 2 ~ 4 次雾化吸入,并结合气管内滴药,以稀释粘稠痰液。

2.4 严格无菌技术操作,预防肺部感染

2.4.1 防止感染 因气管切开后气道与外界环境直接交流,使细菌容易进入呼吸道。吸痰、雾化吸入等可增加污染机会,因此护士在操作前后要严格洗手,防止交叉感染。操作中要使用一

次性吸痰管正确吸痰,避免吸痰管上下来回提插而损伤呼吸道粘膜。每日更换已消毒好的同一型号内套管 1 次,所使用的各种呼吸道医疗器械如呼吸机的导管及活瓣等定期清洁、消毒。

2.4.2 定期做痰培养 观察痰液量、性质,为合理使用抗生素提供依据,以降低感染率。

2.4.3 适时堵管、拔管 气管切开后置管时间越长,肺部感染率越高^[2]。因气管导管可影响气管粘膜层的血流,使气管对分泌物的清除能力下降,咽喉反射迟钝,增加肺部感染机会。若患者恢复自主呼吸,调呼吸机 SIMV 同步,间歇性强制换气模式,逐渐减少机械通气次数至脱机,堵管 48 h 患者已完全能完成自主呼吸,血气分析正常后可拔管。

2.4.4 限制探、陪人员 保持病室内环境清洁,每日紫外线空气消毒 1 次,定时通风。

2.5 做好基础护理 患者治疗中使用阿托品后致口干、唾液分泌减少,插管时对口腔粘膜损伤可使病人有不适感,我们加强了口腔护理,2 ~ 3 次/d,经常用温盐水纱布擦水腔,口唇涂甘油保护。同时注意皮肤护理,勤翻身、按摩,防止褥疮的发生。

2.6 加强心理护理 有机磷中毒患者大多为自服药中毒者。病人存在不同程度的精神创伤及心理障碍。病人清醒后,护士要及时了解其思想状况,增加病人求生的欲望,取得其配合,以早期发现 IMS 的症状,为治疗、护理工作争取宝贵的时间。

3 参考文献

[1] 方金福,王玉英.有机磷农药中毒机理研究进展.卫生毒理学杂志,1999,12(4):275-277.

[2] 程景义.气管切开后护理.护士进修杂志,1990,(5)2:18.

(收稿:2001-02-11)

(本文编辑:刘守身)

糖尿病性白内障超声乳化与人工晶体植入的护理

狄繁荣 喻滔涛

(河南省新乡市第一人民医院,453000)

关键词 糖尿病性白内障;超声乳化;人工晶体

中国图书资料分类号:R473.77

文献标识码:C

文章编号:1004-1257(2002)02-0152-02

糖尿病在人群中的发病率约占人口的 1% ~ 2%。糖尿病性白内障发病时间早于非糖尿病患者^[1],随着糖尿病治疗的进展,糖尿病患者的寿命逐渐延长。由于老年人的常见病——白内障在糖尿病中所占比例逐渐增大,糖尿病性白内障超声乳化与人工晶体植入术的适应性也有相应的进展。我院于 1999 年 4 月至 2000 年 10 月施行糖尿病性白内障超声乳化并后房型人工晶体植入术 23 例。现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

Ⅱ型糖尿病性白内障 23 例(25 只眼)。女 16 例,男 7 例,双眼 2 例,年龄 40 ~ 75 岁,平均 62.5 岁,糖尿病史:少于 5 a 10 例,少于 19 a 8 例,多于 10 a 5 例。

2 术前应考虑如下因素^[2]

2.1 详细询问病史 患者年龄、性别、糖尿病程度及类型。

2.2 眼部检查 矫正视力、角膜、虹膜状况、白内障类型与程度。

2.3 对晶体明显混浊者,可用电生理检测了解视网膜病变程度和视能。

2.4 血糖应控制在 8 mmol/L 以下。

3 治疗与护理

3.1 术前护理

3.1.1 做好 T.P.R.BP 的常规检查及心、肝、肾功能、出凝血时间、了解全身情况,询问患者有无过敏史。对可能出现的问题预先做好处理及应急准备。

3.1.2 做好科普教育,使患者了解白内障、显微手术、超声乳化、人工晶体植入等方面知识,以减轻思想负担,对手术后视力恢复有一个正确的认识。

3.1.3 饮食合理,糖尿病人的基本治疗措施是饮食控制。切不论病情轻重,都需要长期严格执行^[3]。进食要准时、定量,这样可使血糖浓度波动小,防止因进餐次数少而引起餐后高血糖及空腹低血糖。