

突发创伤性损伤患者术后并发肺不张的护理

范艳黔,李敏,徐湲婕,冯慧,李惠芳

(昆明市第一人民医院,云南昆明,650011)

[摘要] **目的** 探讨突发创伤性损伤患者术后并发肺不张的护理经验。**方法** 回顾性总结和分析 11 例突发创伤性损伤患者术后并发肺不张的护理经过。**结果** 本组 11 例患者胸闷、气促、发绀症状缓解,肺复张。**结论** 严密观察病情变化及时发现肺不张发生征兆,做好气道湿化、痰液引流和早期锻炼对提高突发创伤性损伤患者术后肺不张治疗效果具有积极作用。

[关键词] 突发创伤性损伤;肺不张;护理

[中图分类号] R472.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)02-0039-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.02.011

Nursing of patients with emergency traumatic injury combined with postoperative atelectasis

Fan Yanqian, Li Min, Xu Lijie, Feng Hui, Li Huifang//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(02):39.

[Abstract] **Objective** To investigate experience in nursing the patients with emergency traumatic injury combined with postoperative atelectasis. **Method** The clinical data of 11 patients with emergency traumatic injury combined with postoperative atelectasis were reviewed for summarizing the nursing experience. **Result** The clinical symptoms of all the 11 patients disappeared and the lungs reexpanded. **Conclusion** Careful observation of the disease conditions in order to prevent and treat atelectasis by airway humidification, sputum drainage and early exercises are effective for the cure of postoperative atelectasis.

[Key words] emergency traumatic injury; atelectasis; nursing

突发创伤性损伤由于起病急,多数为开放性损伤、多发伤、复合伤,并伴有大量的失血,多数需要进行手术治疗,手术后常出现肺不张等并发症^[1]。肺不张一般在术后 24 ~ 48 h 即可出现,其发生率约 18% ~ 30%,病死率高达 30% ~ 46%^[2-3]。因此,术后及时有效的治疗和护理,对提高突发创伤性损伤患者术后肺不张治疗效果具有积极作用。本院自 2014 年 3~4 月收治 11 例突发创伤性损伤合并肺不张患者,经精心治疗和细心护理,患者均肺复张,现将方法和结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院自 2014 年 3~4 月收治 11 例突发创伤性损伤合并肺不张患者,男 8 例,女 3 例;年龄 21~78 岁,中位年龄 48.0 岁。疾病类型:颌面、腮腺、头颈部外

伤 3 例,腹部贯通伤、下颌、颈部刀杀伤 1 例,血气胸 1 例,颈肩部、胸部损伤 4 例,颅脑外伤 2 例。机械通气时间:8 h ~ 30 d,中位时间 3.8 d。患者术后 24 h 均不同程度出现胸闷、气促、发绀、呼吸频率增快,双肺呼吸音减弱,肺部叩诊呈浊音至实音,X线提示不同程度的肺不张。

1.2 治疗方法

本组患者均行手术治疗和有创通气,压力维持 0.74 ~ 1.47 kpa。同时进行镇痛,采用药物为芬太尼,初量 0.1 mg,加氯化钠注射液稀释到 8 mL 静脉给药,每 2 ~ 4 h 重复,维持量每次为初量的一半。病情稳定后行肺部物理治疗。

1.3 效果评价

听诊肺部无啰音,呼吸音正常;患者胸闷、气促、发绀症状缓解;胸片示肺部病灶部分或完全吸收为肺复张^[4]。

2 结果

本组 11 例患者胸闷、气促、发绀症状缓解,肺

[收稿日期] 2014-10-19

[作者简介] 范艳黔(1976-),女,贵州人,主管护师,本科,主要从事临床护理工作。

复张。

3 讨论

3.1 突发创伤性损伤术后引起肺不张的原因

突发创伤性损伤患者肺不张发生的原因包括,①手术影响:麻醉药物使气道肌肉松弛、粘液纤毛的清除作用下降,气管分泌物引流不畅,痰黏稠形成痰栓;术后卧床,活动减少,由于重力作用,肺分泌物容易堆积双下肺引起肺不张。②疼痛:术后切口疼痛,患者不愿意进行有效的咳嗽以及深呼吸运动,气道分泌物不易排出导致发生肺不张。③机械通气时气管插管过深可迅速引起整侧肺的塌陷,造成单侧肺通气。④突发创伤性损伤:患者由于起病急,患者自身基础疾病情况不明,同时此类患者无法像择期手术患者一样进行术前肺呼吸训练,从而提高术后肺不张发生的概率。

3.2 护理

3.2.1 病情观察 患者突发呼吸困难和发绀、咳嗽、喘鸣、心动过速、体温升高、血压下降,是肺不张发生早期的征兆。护理过程中严密观察患者呼吸频率、节律、肺部呼吸音情况。机械通气时,呼吸机的压力支持及呼气末正压的应用并不能完全使所有患者的肺泡均得到充分的扩张,使用正压通气的患者仍然有发生肺不张的可能。我们采取如下的措施:每班交接气管插管深度,听诊双肺部呼吸音是否对称;吸痰负压低于 24.5 kpa,吸痰时间 <15 s,负压吸引过大会造成肺泡萎陷,吸痰时间过长,会导致正压通气中断引起医源性肺不张,因此吸痰时不分离呼吸机,保证一定的气道压力,并尽量缩短吸痰时间,以避免因吸痰造成正压通气中断,引发肺不张。

3.2.2 气道湿化 术后机械通气的患者,呼吸道温度调节以及湿润功能丧失可使支气管分泌物粘稠,患者较难咳出分泌物,导致呼吸道阻塞,进而引起肺部感染的发生^[5]。气道湿化温度控制 34~35℃,用灭菌注射用水 100 mL,每次 5~10 mL 进行气道间断滴药或使用人工鼻,保持气管温化湿化。

3.2.3 痰液引流 痰液粘稠患者,采用生理盐水

100 mL+盐酸氨溴索 30 mg 每 4 h 超声雾化吸入 1 次。痰液排不出,采用床旁纤支镜肺泡灌洗,本组有 2 例患者术后痰液引流不畅,出现呼吸困难,立即行床旁纤支镜肺泡灌洗,清除痰痂或其他分泌物后,患者通气功能明显改善。

3.2.4 早期锻炼 在血液动力学稳定的情况下,无论是机械通气的患者还是脱机拔管的患者都应尽早应用心肺物理治疗技术,提高患者肺容积,增加氧和通气功能,使肺分泌物排出体外,防止肺泡萎缩及肺不张发生。方法包括,①机械辅助排痰方法,通过胸壁震荡或叩击患者背部的手法,在胸腔肺部产生振动作用,振动支气管内分泌物,使肺分泌物松动、脱落,从而易于排除。采用 G2000 型震动式排痰仪,设置参数为 25~35 Hz,8~10 min/次,每 4~6 h 使用 1 次,依据患者的耐受情况逐步增加排痰力度。②指导患者行缩唇呼吸,一个深而慢的吸气后进行屏气,然后呼气,深而缓慢的屏气使肺泡充分膨胀,促进肺泡分泌物的清理。教会患者进行呵欠动作(打哈欠),每 5~10 min 呵欠 1 次,持续吸气约 5 s 后慢呼气。同时指导患者进行有效咳嗽,深吸气用手按压腹部咳嗽,然后借腹肌用力,做爆破性咳嗽。

3.2.5 疼痛护理 疼痛可以引起呼吸肌痉挛导致呼吸运动下降,术后切口疼痛造成患者不敢进行有效的咳嗽,肺分泌物无法及时排除,从而引起肺不张^[6]。因此,降低患者疼痛阈值,有利于患者进行有效的咳嗽,从而提高肺不张治疗效果。本组患者采用药物为芬太尼,恶心、呕吐、呼吸抑制是芬太尼常见的不良反应。本组患者因严密病情观察,无 1 例发生药物不良反应。同时与患者交谈其熟悉的事情,以转移患者的注意力。

4 小结

创伤性损伤患者由于起病急,病情危重,其手术后由于各种因素的存在发生肺不张的概率较高。通过对 11 例突发创伤性损伤患者术后并发肺不张的护理,体会到严密观察病情变化及时发现肺不张发生征兆,做好气道湿化、痰液引流和早期锻炼对提高突发创伤性损伤患者术后肺不张治疗效果具有积极作用。