

关于气管切开的护 理查房

病史

- ❖ 严某，男，67岁，于8.28日18:00收住入院，诉下午3时许干活时不慎从自高度约3米处坠落，先着部位不详，随即颈部疼痛，四肢不能活动，双上肢感麻木、活动功能障碍，头部出血、疼痛，伴全身多处疼痛。无恶心、呕吐、心慌、胸闷、呼吸困难、腹痛、腹胀、大小便失禁、意识丧失等。就诊于我院急诊，给予头部伤口清创缝合，颈托制动，行影像学检查示颈5、6椎体骨折，颈髓损伤，等。患者自受伤以来，神志清，精神差，未进食，未解大小便。
- ❖ 拟“颈5、6椎体骨折、颈髓损伤”收住我科。

- ❧ 主诉：高处坠落伤致截瘫3小时
- ❧ 既往史：既往3年前因脑出血在外院住院治疗，恢复良好；患有“肺气肿”多年；否认冠心病、糖尿病病史。否认肝炎、结核等急慢性传染病史。否认食物、药物过敏史。否认外伤及手术史。否认献血、输血史。预防接种史不详

❧ 体格检查： T36.0℃， P72次/分， R19次/分，
Bp130/70mmHg 。

辅助检查：

❧ CT（2018-08-28本院）： 1. 枕骨右侧骨折2. 右侧外囊区软化灶形成； 3. 寰椎前后弓骨折，伴寰枢关节半脱位； 4. 颈5、6右侧椎板及横突骨折； 5. 右侧第1肋骨骨折； 6. 两肺间质增生，肺气肿，两肺上叶条索状，左肺上叶硬结灶。

❧ 心电图（2018-08-28本院）： 窦性心律，心率61次/分。大致正常心电图： 不正常性右束支传导阻滞。

诊断及诊疗计划

- ❖ 1. 急性颈段脊髓损伤
- ❖ 截瘫（ASIA分级 A级）
- ❖ 诊疗计划：
 - ❖ 1. 予脊柱外科胸椎骨折并脊髓损伤护理常规，一级护理，禁饮食，健康教育，留陪人等；
 - ❖ 2. 予吸氧、心电监护、监测基础生命征，留置导尿，记出入量等；
 - ❖ 3. 静脉予激素冲击 甲泼尼龙 40mg 静滴 立即；抑酸 兰索拉唑 30mg 静滴 立即；消肿 七叶皂甙钠 10mg 静滴 立即；及甘露醇静滴减轻神经水肿及补充能量合剂治疗。

气管切开的概念



❧ 将病人气管前壁切开，通过切口放入适当大小的套管，病人通过套管呼吸。

气管切开的并发症

- ❖ 出血：常见，分为原发性和继发性。
- ❖ 皮下气肿：常见，通常无需特殊处理。
- ❖ 纵膈气肿及气胸：必要时抽气或闭式引流。
- ❖ 气管套管脱出：需及时重新插管。
- ❖ 呼吸骤停：急救、心肺复苏。
- ❖ 气管食管瘘：术中切开气管时避免损伤。
- ❖ 伤口感染：无菌操作，必要时抗生素的使用

气管切开后的护理

- 1. 吸痰的护理
- 2. 气管切开后的护理
- 3. 气管湿化得问题
- 4. 气囊的护理
- 5. 饮食护理
- 6. 口腔护理
- 7. 气管切开病人的心理护理

气道分泌物的清除-吸痰

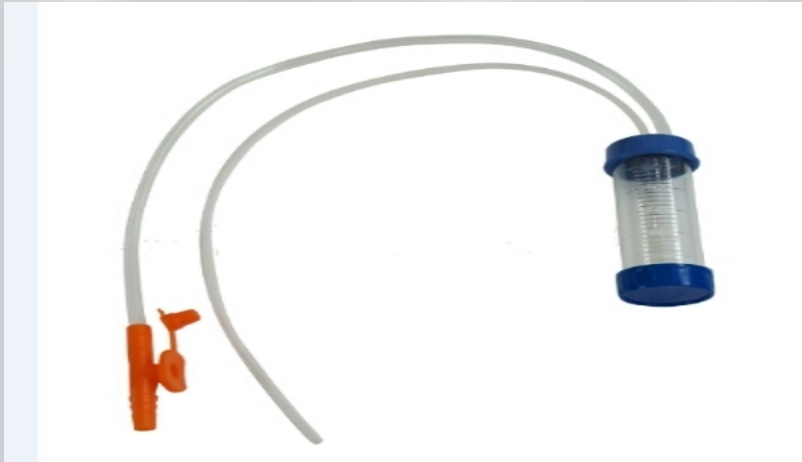
- 吸痰的意义
- 清除大气道分泌物，刺激小支气管，防止分泌物淤积
- 保持呼吸道畅通，减少气道阻力
- 组织分泌物干结、脱落而阻塞气道
- 留取痰样本，有利于痰液性质的观察和细菌培养的准确性

吸痰的临床指征

- 1. 患者频繁咳嗽，听诊有喉鸣音
- 2. 出现人机对抗或气道内压力增高
- 3. 患者烦躁不安，出现紫绀或呼吸困难
- 4. 血氧饱和度下降
- 5. 血压及心率的改变

吸痰管的选择

- 1. 管壁光滑，顶端圆润
- 2. 软硬适中
- 3. 直径不超过内径的 $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$ 为宜
- 4. 吸痰管应比气管长4-5cm



预防吸痰相关合并症的技术

- 1. 注意氧储备，吸痰前后予提高吸氧浓度
- 2. 使用简易呼吸囊给予高通气量（禁忌症除外）
- 3. 吸痰时严格无菌操作（强调手卫生的问题）
- 4. 使用合适型号的吸痰管
- 5. 吸痰动作要轻柔

吸痰小于15秒

- 吸引压力适当
- 将吸痰管道送入气管插管深部拔出时才给予负压
- 用呼吸机病人吸痰前后要吸纯氧1-2分钟
- 吸引时要先吸气管切口处再吸口腔，鼻腔部位



气管切开处的护理

- 每日常规切口换药，保持敷料干洁，潮湿要随时更换

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/258101042102006057>