

气管切开_(Kai)护理

气(Qi)管切开的护理

主要内容



- 概述
- 一般护理(Li)

气道湿化

吸痰

切口换药

- 并发症的预防



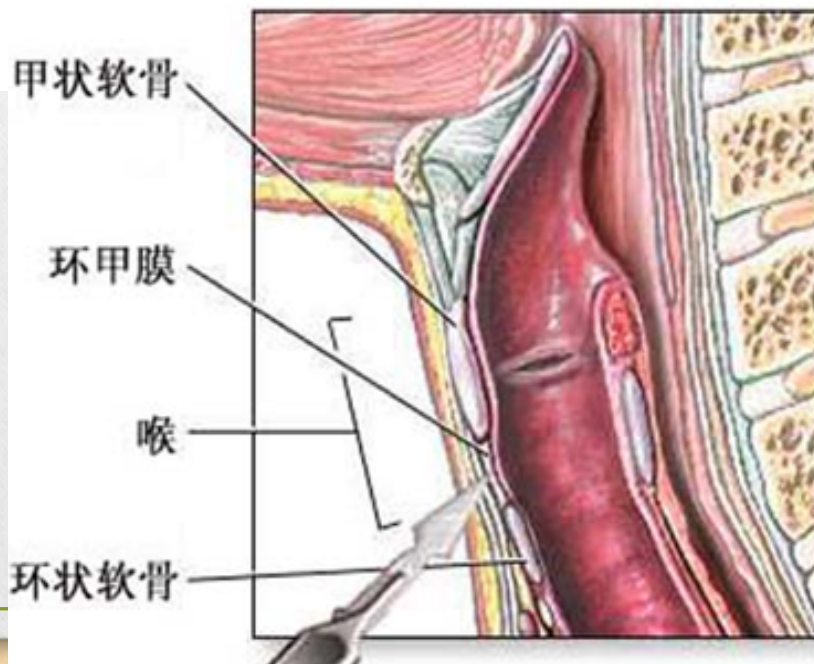
概_(Gai)述

气管切开术：是切开颈段气管，放入气管套管，以解除喉源性呼吸困难、呼吸机能失常或下呼吸道_(Dao)分泌物潴留所致呼吸困难的一种常见手术。

气管切(切)开的位置

适应症

- 1、长期机械通气者。
- 2、已插入气管插管，但仍不能顺利吸除气管内分泌物。
- 3、因上呼吸道阻塞、狭窄、头部外伤等，不能行气管插管者。
- 4、对咽部作放射性治疗者，为避免喉(Hou)以下呼吸道的放射性损伤而采取的预防措施。



气_(Qi)管套管



一般护_(Hu)理

病房管理_(Li) 选择单间、宽敞、靠近护士办公室及治疗室的病房

- 温度保持在18—22摄氏度，相对湿度在55~65%之间
- 病房每日空气消毒
- 严格控制病房出入人员

用物准(Zhun)备

气 备好氧气、吸引器、吸痰(Tan)用物、
管导管护理用物、手电筒、必要的基础
护理用物治疗用物，床边另备完整的
气管切开包，包内备同号的全套气管套管。

基础护(Hu)理

- 体位
- **手术患者采取侧卧位，以利于气管内分泌物排出。生命体征平稳后患者采取平卧位，头部稍低，以利于分泌物引流，保持头颈部与(Yu)躯干在同一轴线上。**
- **床头抬高**

雾化吸入

鼻饲前应将床头抬高30-40度，可避免进食过程中及进食后的呛咳、返流、呕吐等情况，减少肺炎的发生。特别应注意的是鼻饲后保持半卧位30-60分钟后再恢复平卧位，以免吸气时将食物吸入肺部，造成窒息。

基础(Chu)护理

- 患者卫生

口腔护理每日2次，保持患者衣物、床单位及全身皮肤清洁。
每 1 - 2 h 翻身叩背一次

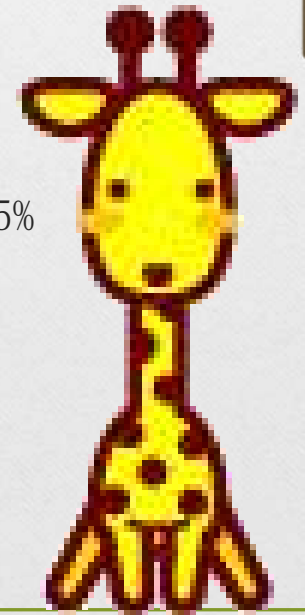
- 心理护理

对患者及家属耐心细心的解答疑问，鼓励患者把想说的话在写字板上写出来，给予肯定与赞美，让患者有乐观的心情，这对早日康复非常有益

- 预防病人因烦躁而自己将套管拔出，必要时设法(Fa)固定双手。

充(Chong)分湿化

- **湿化原因：**气管切开的病人失去湿化功能，容易产生气道阻塞、肺不张和继发性感染等并发症。
- ◆ 正常人每天从呼吸道丢失的水分约300-500ml，建立人工气道后，每天丢失量剧增至 ??
- **湿化液选择：**生理盐水、0.45%低渗盐水、2%高渗盐水、1.25%碳酸氢钠、根据病情加用庆大霉素、沐舒坦等。
- **持续(Xu)湿化速度：**5~10ml / h，每日不低于200ml。



充(Chong)分湿化

(一) 间断湿化法

- 1、间断推注法 每1-2h向气管内滴注3-5ml
- 2、氧气雾(Wu)化湿化法
- 3、气道冲洗

痰液黏稠、痰量较多时可用气道湿化液进行气道冲洗。

在常规吸痰用物的基础上备注射器,用注射器抽取湿化液3~5 ml,将注射器乳头对准气管套管中央,在患者开始吸气时自气管套管口快速注入气道,通过震动刺激气道黏膜,患者即会有力咳嗽,当痰液呈喷射状自气管套管口涌出时,用吸痰管在气管套管口吸取痰液,如此反复进行直到咯出的痰液较清时方可结束冲洗。冲洗过程中持续给氧3~4 L/min,并监测 SaO_2 ,保持 $SaO_2 > 92\%$ 。



充分^(Fen)湿化

(二) 持续湿化法

1、持续气管内滴注法：湿化液中根据需要加入相关药物

输液管法、微量注射泵法、输液泵法

❖ **持续湿化速度**：5~10ml/h，成人以200ml/d为最低湿化量，一般湿化量要根据痰液粘稠度、量和病人的生理需要及时调整。

.2.热量和温度交换器（HME）

即人工鼻，由吸水材料和亲水化合物构(Gou)成，氯化锂具有结合化学水和储热作用



（三）空气的湿化

- 1、在室内放置(zhi)大量热水任其自然蒸发，使湿气布满全病室。
- 2、将浸水毛巾挂在暖气片上，让其自然烘烤。
- 3、采用拖地、洒水等方式经常湿润地面，维持室内温度18-22℃，相对湿度55-65%。

湿化效果的判断

判断 项 (Xiang)	湿化满意	湿化过度	湿化不足
痰液	稀薄、容易吸引或咳出	过度稀薄呈清水样	粘稠结痂
听诊	无干鸣音 无痰鸣音	痰鸣音多甚 至诱发支气管痉挛	闻及干鸣音
病人	呼吸通畅 安静	频繁呛咳呼吸急促	刺激性咳嗽 声音高亢

吸_(Xi)痰

气管切开的病人，咳嗽排痰困难，
应随时清除气道中的痰液，吸痰时要严格遵守操作规程，注意无_(Wu)菌观察。

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/796132125033010154>