

- 2 任萍, 张振美, 侯亚丽. 人文关怀在出血性脑梗死患者护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(9): 1421 ~ 1422
- 3 冯亮, 陈君坤, 卢光明, 等. CT 读片指南[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 71
- 4 赵岩, 吴坤艳. 大面积脑梗死患者的护理[J]. 临床护理杂志, 2005, 4(3): 5
- 5 王平侠. 早期肢体功能训练在脑梗死患者中的应用[J]. 临床实践杂志, 2006, 15(9): 703

(收稿日期 2009-04-23)

EICU 患者应用无创呼吸机所致 压迫性损伤的护理干预

诸全爱

中图分类号: R473.5 文献标识码: B

文章编号: 1004-745X(2009)11-1911-02

【关键词】 压迫性损伤 护理

无创机械通气是指通过鼻面罩等无创方式与呼吸机连接或无需建立人工气道的通气方式。其优点是操作简便, 与有创机械通气相比, 大大减轻了患者的痛苦, 减少了人工气道带来的并发症, 医疗费用明显降低, 现已广泛应用于临床。但由此带来的压迫性损伤也是很常见的。自 2007 年 3 月成立 EICU 以来, 我院急诊科对呼吸衰竭伴或不伴二氧化碳潴留的患者应用无创呼吸机辅助治疗近百例, 大多数效果满意并顺利脱机, 少数患者因病情危重改为有创通气治疗。本文重点讨论 EICU 中具有严重低氧血症伴或不伴二氧化碳潴留的患者, 在使用无创呼吸机后由于鼻面罩所致的压迫性损伤, 采取的护理干预措施。

1 临床资料

选择我院 2007 年 3 月 ~ 2009 年 1 月各种原因导致的呼吸衰竭、急性左心衰竭使用无创呼吸机患者 68 例, 其中男性 43 例, 女性 25 例; II 型呼吸衰竭 58 例, 急性左心衰竭 10 例; 年龄 42 ~ 88 岁, 平均 65 岁; 使用时间最长 12d, 最短 3d, 平均时间 1 周。方法是采用各种护理手段预防压迫性损伤的发生, 对已经发生的皮肤红肿采取积极有效措施, 防止皮肤破溃的发生。

2 鼻面罩的性能和选择

2.1 面罩的材料、气垫的充盈度和固定方法均会影响患者通气的密闭性和舒适度。以往使用橡胶气垫, 质地较硬、组织相容性差, 不易与面部贴附, 密闭性差。气垫充气不足, 易导致硬质面罩对面部压迫; 充气过度, 使面罩与面部接触面积减少, 易产生漏气。为防漏气, 则需增加固定系带拉力, 增加面罩对面部的压迫, 但易引起鼻面部皮肤糜烂, 降低患者依从性。用乳胶或塑料气垫后, 虽有所改善, 但漏气与面部压迫的皮肤损害仍未解决, 故不能较长时间持续面罩机械通气。

2.2 近年来国内外改用硅胶面膜, 由于面膜薄, 与面部接触面积大, 吸气时因面罩内压力升高, 增加了与鼻面颊软性吻合。硅

胶面膜组织相容性好, 可塑性强, 吻合好, 对面部压迫轻柔, 从而保证了面罩的良好密闭性和舒适度, 可长期持续应用。目前应用的面罩死腔小 (50 ~ 70ml), 有利于提高有效通气量。鼻面罩盖与面膜可拆卸性便于消毒处理、更换和重复使用。塑料面罩盖上有两孔, 便于输氧、测压和取样作气体分析监测。固定面罩系带帽为快速插带, 可按需调节面罩系带的松紧。合适的鼻罩应适合以下三点: 上达鼻根部, 左右要靠紧鼻翼, 下方要在鼻子的最下端 (即人中穴的上方), 一般与自己脸型相配的最小型号即为最合适型号。

3 压迫性损伤发生的原因

临床上使用无创呼吸机的患者, 由于鼻面罩的持续压迫; 选择鼻面罩型号不合适; 头带固定过紧, 面罩材料过硬; 护理人员护理不到位; 患者存在严重的感染或有严重的糖尿病未得到控制等原因, 极易导致局部皮肤血液循环障碍, 组织缺血缺氧进而发生压迫性损伤。

4 干预措施

4.1 消除患者的恐惧心理, 提高鼻面罩使用的依从性 由于对环境陌生、对疾病相关知识的缺乏、恐惧、不良心理刺激等原因, 部分患者均在首次接受无创通气治疗时表现出不同程度的紧张、焦虑、怀疑以及对治疗的恐惧。医护人员应陪伴在患者身边 2 ~ 4h, 同时给予恰当的肢体语言护理, 如轻握患者的手, 给予心理支持。若患者原有呼吸困难, 加上使用鼻面罩有憋闷感, 心理上会拒绝使用鼻面罩。所以, 针对患者的性格、文化程度、年龄, 有选择性地对由无创通气的适应性所导致的健康问题给予指导。主要方式包括: 口头讲解、书面资料、动作示范、座谈会等。同时, 医护人员要具有无创正压通气的相关知识, 技术操作水平娴熟, 并有温和、有效的沟通技巧, 这是使患者产生信赖、安全感的首要条件。同时使得患者和家属共同掌握治疗的目的, 提高依从性。

4.2 有效的预防护理措施, 减少压迫性损伤的发生 (1) 选择型号合适的鼻面罩, 先让患者试戴, 适应后再调整面罩的位置及固定带的张力, 与四点固定带相比, 三点固定带更符合力学原理, 压力分布最均匀, 密闭性和舒适性更好, 佩戴更方便。使用时固定带的适宜程度以两侧系带各能放一小手指为宜。防止压迫患者的眼睛和耳廓。经常了解患者的感受, 观察其皮肤的受压情况。若患者面部有异物如眼镜、敷料、胃管、胶布等应摘去或妥善固定, 尽量确保面罩与皮肤之间的紧密接触。有义齿者应尽量佩戴义齿, 面部丰满者应注意头带与三角带的松紧程度, 以患者可耐受为宜。(2) 许多 II 型呼吸衰竭患者由于二氧化碳潴留所致的外周血管扩张会产生大量汗液。连接鼻面罩时, 在鼻根部、鼻翼两侧皮肤各垫 1 块小棉垫, 既能缓解压力又能吸除汗液。枕部可垫 1 块治疗巾或手帕, 以减少头部滑动。在受压部位可涂凡士林以保护皮肤。我科在应用传统方法的同时, 也尝试使用一些新的方法。使用我院自行研制的黄芩油膏涂于局部皮肤, 可起到很好的保护作用, 同时黄芩油膏具有清热解毒的功效, 可预防皮肤感染。对于皮肤有疖肿又必须使用无创呼吸机鼻面罩的患者尤其适用。经常观察局部皮肤受压情况, 并按摩局部皮肤, 可缓解鼻面罩对皮肤的压迫。(3) 临床护理实践过程中, 在全面评估病情的前提下, 可提倡上机 4 ~ 6h 后停机 30min, 在停机过程中, 护士应密切观察患者的呼吸、心率、血压等指标, 尤其要动态观察 SpO_2 有无下降; 保证监护系统正常运转。同时, 要做好

患者及家属的解释工作,以取得配合。根据患者的病情好转情况,逐渐缩短无创通气时间,延长间隔时间,以最大程度减轻鼻面罩对皮肤的压迫。在停用呼吸机期间,可利用中心供氧给予患者鼻导管吸氧,以维持 SPO_2 在正常范围。(4)保持患者舒适的体位:使用无创呼吸机的过程中,嘱患者采取坐位、卧位、半卧位或者仰卧位。一般要求头、颈、肩在同一水平面上,最大程度保证呼吸道通畅即可。需要注意的是枕头不宜过高或者管道不应扭曲,以免造成气道压力过高而影响呼吸。变换体位时需防止患者的面罩移动而使皮肤产生受力不均匀的情况。(5)加强与患者的沟通和交流:由于使用了鼻面罩,患者的语言交流受到了阻碍,护理人员首先应该创造一个整洁舒适的病室环境。在治疗完成之后,以沉着、体贴的语言与患者进行沟通。了解患者各种肢体语言所代表的意义,观察患者的眼神;了解并满足患者的各种需求,尤其要关心患者局部有无压痛,鼓励患者表达内心的感受,以便采取积极的应对措施解决困难。

4.3 积极治疗原发病,控制感染 病室每日进行空气循环通风,紫外线消毒。做好基础护理,尤其是口腔护理及会阴护理;保持床单整洁舒适;做好各种管道的护理,定时更换、定时消毒;操作前后洗手,避免交叉感染。教会患者有效咳嗽的方法,轻拍患者背部,以刺激咳嗽,鼓励患者多饮水以稀释痰液。对咳嗽无力者可行吸痰,动作要轻柔规范。鼓励患者进食,促进胃肠蠕动;加强营养,提高患者自身的抵抗力。对严重糖尿病患者及血糖难以控制者,护士需严密监测血糖值,为治疗提供依据。

5 体会

通过临床实践,管理者应采取预见性措施,将护理工作细致化,并落实到每个环节,可有效避免护理并发症的发生。本文通过对急诊 EICU 应用无创通气鼻面罩的患者进行正确护理,减少了压迫性损伤的发生率,提高了患者使用无创呼吸机的依从性,从而达到满意的治疗效果。

(收稿日期 2009-03-24)

急诊创伤患者辅助检查 的风险评估

王一芬 陈国琴 沈小飞
陆海红 许海霞

中图分类号:R473.5 文献标识码:B

文章编号:1004-745X(2009)11-1912-02

【摘要】 目的 评估急诊创伤患者辅助检查的合理性和科学性。**方法** 收集 1652 例急诊创伤病例的相关资料,通过建立数据库进行描述性分析,并用统计学进行处理。**结果** 在 1652 例急诊创伤患者中,55.75% 的患者进行 X 线检查,阳性率为 36.81%,37.71% 的患者进行 CT 检查,阳性率为 21.52%,27.54% 的患者进行 B 超检查,阳性率为 23.52%。**结论** 对急诊创伤患者进行辅助检查的转运,必

须严格做好风险评估。

【关键词】 急诊创伤 辅助检查 转运 风险评估

急诊创伤患者常见的辅助检查包括实验室检查、X 线、CT、B 超等,这些对急诊创伤患者的诊断、治疗、抢救具有极其重要的作用。由于急诊创伤患者本身存在严重生理紊乱,需进行多种监测及设备管道支持,而转运途中由于条件限制,无法进行积极抢救,且无法得到援助^[1]。因此,护士接到医生的检查申请单时,必须对患者进行快速的病情风险评估及病情危重程度的判断。如何加强医院各科与急诊科的通力合作,加快急诊创伤患者的处理,是一个迫在眉睫的问题。实践证明缩短辅助检查的周转时间,可提高患者的满意度^[2]。现将我院接诊的急诊创伤患者 1652 例的相关情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 选择 2008 年 1 月 1 日~2008 年 5 月 30 日我院急诊科就诊的创伤患者 1652 例,其中男性 1053 例,女性 599 例;年龄 8 个月至 87 岁,平均 (29.76 ± 27.60) 岁。

1.2 评估方法 对就诊病例的相关资料(抢救登记本、留观住院登记本、绿色通道登记本、特别护理记录单、辅助检查申请单、报告单等)进行收集、整理。通过建立数据库对该资料进行描述性分析。

1.3 统计学处理 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 U 检验与 D 检验。

2 结果

2.1 一般资料 受伤原因:车祸伤占 32.20%,意外伤占 25.91%,暴力伤占 22.46%,高处坠落伤占 11.74%,其他伤占 7.69%。受伤部位:四肢伤占 62.61%,头颈部伤占 27.29%,胸部伤占 14.75%,部分病例合并多处损伤。严重程度:根据创伤严重度评分(ISS)进行分类^[3]。ISS ≤ 5 分为 1439 例(87.11%), $5 < \text{ISS} < 16$ 分为 132 例(7.99%),ISS > 16 分 81 例(4.90%)。

2.2 早期辅助检查 在 1652 例急诊创伤患者中,X 线、CT、B 超的使用率最高,分别为 55.75%,37.71%,27.54%。阳性率分别为 36.81%,21.52%,23.52%。13.14% 的患者血常规检查,阳性率为 25.35%。根据三级医院辅助检查质量控制标准:X 线阳性率需大于 50%。CT 阳性率需大于 60%。与之相比,本研究 X 线、CT 分别 $U = 8.01 > 2.58$, ($P < 0.01$), $U = 19.61 > 2.58$ ($P < 0.01$)。

2.3 检查前的风险评估 急诊创伤患者的辅助检查,尽可能在床边进行。如需转运,护送前必须全面了解患者病情并对转送途中所发生各种突发事件进行风险评估,配合医生做好患者及家属的解释工作。如根据患者具体病情交待转运时的注意事项及转运途中可能发生的危险情况或并发症,尽可能取得患者及家属的理解和支持^[4]。确定护送人员及需要配备的急救设备和药品。通常应有 1 名医生和 1 名护士护送。因此,急诊护士必须熟练掌握综合评估患者病情的要领和抢救技能,途中严密监测病情变化,若发生险情应准确实施急救,这对确保转送途中的安全起着关键性作用^[5]。急救药品和机械的准备应能满足患者路途中治疗和出现紧急情况时抢救的需要。到达相关的检查科室时,应对患者病情进行再次评估。再次确定可否做辅助检查,向患者家属说明病情及检查过程中可能出现的意外情况,征得同意并签署相关法律文书后再