

1 例闭合性主支气管断裂伤应用“穿针式”逆行气管插管法后的急救与护理^{*}

马小芳, 邓春艳, 杨春霞, 方志成[△] (湖北医药学院附属十堰市太和医院重症医学科 442000)

【关键词】 支气管断裂伤; “穿针式”逆行气管插管法; 急救; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 02. 059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)02-0285-02

主支气管断裂伤, 多由外伤造成, 为多发性、复合性损伤。因气管损伤需要达到一定程度才显现出症状与体征, 因此早期漏诊、误诊率高。患者会出现不同程度的呼吸困难、发绀、咳嗽、咯血等症状; 很多患者还未到医院就因呼吸困难导致的缺氧窒息而死亡^[1]。因此, 必须保持呼吸道通畅, 但采用传统方法插管成功率不高, 应用“穿针式”逆行气管插管法可顺利、迅速、准确进入声门, 为后期手术治疗赢得时间。2014 年本科应用“穿针式”逆行气管插管法插管成功后, 行主支气管断裂吻合重建术, 成功处理闭合性主支气管断裂伤的患者 1 例, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 47 岁, 因“颈胸部双上肢机器牵拉挤压伤 2 h”入院。急诊 CT 示: 环状软骨骨折并气管损伤、颈部软组织及上膈积气, 右侧肩胛骨及右侧肋骨多发骨折并双侧创伤性湿肺。入院查体: 体温 36.5℃, 脉搏 66 次/分, 呼吸 20 次/分, 血氧饱和度 91%, 血压 95/54 mm Hg, 急性痛苦貌, 神志模糊, 吐词不清, 查体不合作, 头面部、颈胸部及双上肢见大面积皮肤擦伤, 青紫肿胀明显。紧急行“穿针式”逆行气管插管法插管成功后, 经纤维支气管镜检查发现: 气管碎裂、塌陷, 部分软组织突入气管导管口, 左右主支气管完全破坏, 气管碎裂范围至气管隆嵴处, 气管切开无法达到畅通气道的目的。患者于当日晚行主支气管断裂吻合重建手术, 及时修补气管, 尽可能保全患者气道的功能, 重建咽、喉、气管的呼吸通道^[2-3]。术后持续经气管插管行机械通气治疗, 加强抗感染和肺部护理; 患者平卧位, 头下垫软枕, 头颈部保持前屈位; 早期开始鼻饲少量流质, 加强患者的营养支持。机械通气 5 d, 于第 20 天顺利出院。

2 讨 论

2.1 术前护理

2.1.1 畅通气道 主支气管断裂伤的患者, 主要的死亡原因是气道被血液阻塞引起的窒息^[4], 其次是休克和合并伤, 因此抢救成功的关键是保持气道的通畅。患者入院时有呼吸困难的症状, 立即给予 8 L/min 的高流量氧气吸入, 协助患者取平卧位, 头偏向一侧, 可经口鼻腔吸痰, 协助清除患者呼吸道的分泌物。但此时吸痰管插入不可过深, 以免操作不当加重气道损伤。插管成功后给予呼吸机辅助呼吸, 缓解缺氧的症状。

2.1.2 行“穿针式”逆行气管插管时的配合 在医生准备采用“穿针式”逆行气管插管法进行插管前, 协助患者将头部抬起, 以便于导管前端顺利通过声门。在进行气管插管的过程中, 协助医生固定好硬膜外导管两端, 防止滑脱。同时牵拉的力量应适中, 力量过大导管不能顺利通过; 力量过小, 导丝起不到牵引

的作用。插管成功、听诊确认气管导管在气道内后, 及时拔出导丝, 给予患者氧气吸入。在整个插管的过程中要严密观察患者的心率、呼吸、血压、血氧饱和度及面色的变化, 及时吸出呼吸道的分泌物, 发现异常情况及时通知医生处理。

2.1.3 密切观察病情变化 因患者合并有多发骨折及双侧创伤性湿肺, 要注意观察患者有无出现休克的症状。及时发现患者的病情变化, 遵医嘱及时处理, 防止病情进一步加重, 同时做好护理记录。

2.1.4 积极行术前准备 患者因突发意外, 无心理准备, 加之有呼吸困难引起的濒死感, 存在焦虑、恐惧的情绪。医护人员要关心安抚患者, 稳定患者的情绪。同时以简单易懂的语言讲解疾病的相关知识、注意事项, 增强患者对疾病的认识, 配合治疗, 做好手术前的准备工作。

2.2 术后护理

2.2.1 加强气道管理 采用胶布加寸带的双重固定法妥善固定气管插管, 每班认真交接插管的刻度, 防止移位。行机械通气期间, 每 2 h 复查动脉血气分析 1 次, 根据结果及时调整呼吸机参数。气管断裂修复术后, 吻合口会出现不同程度的水肿, 导致气管狭窄。因此每次吸痰时, 动作要轻柔, 吸痰时间小于 15 min, 吸引的负压大小适宜, 遇有阻力时不可强行下插, 避免损伤患者的气道黏膜和吻合口。术后早期鼓励患者多咳嗽、协助排痰, 是预防患者出现肺不张、肺部感染等并发症的重要措施^[5-6]。做好气道湿化, 防止形成痰痂。可增加雾化吸入的次数, 每日给予 6~8 次, 每次 20 min, 加强湿化效果。在行雾化吸入时, 指导患者深吸后屏息 1~2 s, 以使药液能达到细末支气管, 达到稀释痰液、减少痰痂形成的效果。

2.2.2 体位管理 患者术后取平卧位, 头下垫一软枕, 保持头颈部前屈位并适当固定头部, 可减轻吻合口张力, 促进吻合口的愈合。但长时间采取这种体位会影响患者睡眠和日常活动, 易产生焦虑、烦躁等情绪, 应做好解释工作和心理护理^[7]。患者清醒后, 抬高床头 30°, 指导患者不要做头向后仰的动作, 转动头颈部时动作要缓慢、轻柔。

2.2.3 胸腔闭式引流的护理 患者术后放置有胸腔闭式引流管, 通过引流出胸腔内的积血和积液, 达到改善肺功能, 重建胸腔负压的目的。胸腔闭式引流管要固定妥当, 防止扭曲、受压、牵拉、脱出等。严密观察引流液的颜色、性质、量、水封瓶内水柱的波动情况及有无气体逸出。要保持引流管通畅, 定时挤压引流管^[8]。每小时引流超过 200 mL, 连续 3 h 无引流液减少趋势且颜色鲜红者, 提示有活动性出血的可能, 应及时通知医生并密切观察引流情况, 必要时再次开胸手术止血。

* 基金项目: 湖北省人文社会科学研究项目(14G271)。

△ 通讯作者, E-mail: 13593751009@163.com。

2.2.4 并发症的观察与护理 主支气管断裂伤的患者常合并有颈胸部的皮下气肿,可用手按压皮下气肿部位的皮肤,观察皮肤肿胀情况。范围小者一般可以自行吸收,无需特殊处理;对范围大者要严密观察气肿发展情况,防止气肿严重而压迫气管使呼吸困难加重。皮下气肿较多时,可在气肿部位用粗针头消毒皮肤后斜行插入皮下,促使气体从针头排出。

2.2.5 做好患者的基础护理与饮食指导 由于患者伤势较重,加之长期卧床、抵抗力下降,口腔内容易滋生细菌,因此保持口腔的清洁、预防感染很重要。在行口腔护理时要观察口腔内有无感染、溃疡的迹象,必要时可增加口腔护理的次数。要鼓励患者进食高蛋白、高热量、高维生素饮食来增强营养,增加抵抗力。在不能进食期间,应尽早补充静脉营养,给予营养支持。同时要注意做好皮肤护理,保持床单的干净整洁,每隔 2 h 为患者翻身叩背 1 次,防止坠积性肺炎和压疮的发生。

2.2.6 心理护理 患者由于是急性损伤,病情危急凶险,加之因置有气管插管无法与家人沟通交流,极易引发恐惧和紧张心理。可派经验丰富、善于沟通的护士专人看护,同时介绍一些治疗成功的案例帮助患者树立信心,还可以利用床旁呼叫器、语言、手势、信息交流卡等方式同患者进行沟通,耐心细致地讲解该病的治疗过程和预后,强调积极配合的重要性,取得患者的配合,促进患者的早日康复。

主支气管断裂伤的患者病情复杂,变化快,且进展迅速,因此要注意保持呼吸道通畅。此类患者多是采用气管切开法畅通气道,因为若是不完全断裂,经口插管可能会加重损伤及大出血,使呼吸困难进一步加重;如为完全断裂,气管插管无法插入气管近心端时就会将断裂的近心端气管完全推入上纵隔,导致患者因窒息而死亡。本例患者因气管碎裂范围至气管隆嵴处,只能采用气管插管法。而传统的气管插管法对本例患者而言,出现窒息的概率较高、危险性太大,使用改良的“穿针式”逆行气管插管法则相对风险小且安全。

在发病早期保持气道通畅,行逆行气管插管时做好配合工

作并密切观察病情变化是抢救患者生命的关键。而术后加强气道管理、做好气道湿化工作是防止痰痂和血痂形成的重要措施。同时,根据患者术中吻合口的张力、肺复张的情况适当使用呼吸机,可促使术后肺功能的恢复^[9]。给予合适的体位,做好胸腔闭式引流管的护理,给予合理的营养支持和心理护理,是预防感染发生、吻合口狭窄等并发症的有效措施。总之,对主支气管断裂伤的患者术前及时准确的评估和处理、术后严密的监测和护理能有效地减少各种并发症,促使其早日康复。

参考文献

[1] 滕清晓,王梅英,付国强,等. 颈部闭合性喉气管损伤 117 例[J]. 临床医学,2009,29(12):101-102.
[2] 倪长宝,张耕,周慧芳. 喉气管外伤的处理[J]. 天津医科大学学报,2010,16(4):636-637.
[3] 童超,张军,米林,等. 外伤性气管支气管断裂五例诊治体会[J]. 海南医学,2009,20(3):214-215.
[4] 刘小燕,刘文清,孙俊平,等. 外伤性气管支气管断裂 2 例护理[J]. 西南国防医学,2011,21(9):1005-1006.
[5] 田燕,乌兰,杨桂珍. 气管支气管成形术后患者的护理体会[J]. 中国肺癌杂志,2014,17(3):286-288.
[6] 韩志红. 外伤性支气管断裂 11 例诊治体会[J]. 中国医师进修杂志,2012,35(27):58-59.
[7] 马丽梅,孙照莲,焦丽. 气管及隆突部肿瘤切除 27 例气道重建围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(15):13-14.
[8] 胡思琴,刘沙沙,杨春,等. 胸腔闭式引流护理运用于创伤性主支气管断裂患者体会[J]. 大家健康,2014,8(10):260-261.
[9] 宋福杰,王洲,刘相燕,等. 晚期外伤性主支气管断裂的围术期处理[J]. 中国医药导报,2013,10(23):155-157.

(收稿日期:2015-05-06 修回日期:2015-07-15)

1 例嗜酸性粒细胞性胃肠炎临床分析*

杨 阳,唐国建[△](江苏省常州市金坛区人民医院检验科 213200)

【关键词】 嗜酸性粒细胞性胃肠炎; 嗜酸性粒细胞; 组织学活检
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.02.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2016)02-0286-03

嗜酸性粒细胞性胃肠炎(EG)是以胃肠道组织中嗜酸性粒细胞异常浸润为特征,并伴有外周血嗜酸性粒细胞增多和胃肠道症状为主的一种少见的变态反应性疾病。病变可累及食管到直肠的全胃肠道黏膜层、肌层、浆膜层,可发生于任何年龄,以男性多发为主。本院 2014 年 11 月 2 日收治 1 例 EG 患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,17 岁,20 余天前开始腹泻,为黄色稀烂便或水样稀便,每日 7~8 次,伴呕吐和腹胀不适,在当地医院就诊,给予头孢类抗菌药物治疗无效,拟诊断为“腹泻待查”收住本院。入院查体:体温 37.1℃,脉搏 84 次/分钟,呼吸 16 次/分钟,血压

110/80 mm Hg,神志清,无皮肤、巩膜黄染,锁骨上未扪及淋巴结肿大,腹部平坦,全腹无压痛、反跳痛、肌紧张,肝脾肋下未扪及。实验室检查结果如下,粪便常规:少许黏液,脓细胞 3~5/HP,红细胞 2~3/HP,吞噬细胞 0~1/HP,隐血弱阳性;血常规:白细胞计数 $18.9 \times 10^9/L$,嗜酸性粒细胞计数 $11.93 \times 10^9/L$,嗜酸粒细胞比值 63.1%,推片瑞氏染色镜检见嗜酸性粒细胞明显增多,见图 1;尿常规:酮体(+),尿蛋白(+-),镜检白细胞 51/ μL ;血生化:总蛋白 64.2 g/L,清蛋白 36.3 g/L,谷氨酸氨基转移酶 8 U/L,尿酸 571.5 $\mu mol/L$,乙型肝炎病毒标志物表面抗体阳性,其余各项阴性;超敏 C 反应蛋白 10.9 mg/L;粪便查找寄生虫虫卵和阿米巴滋养体及包囊为阴性;红细胞

* 基金项目:江苏省临床医学科技专项(BL2012047)。
[△] 通讯作者,E-mail:tguojian1971@sina.com。