

并不能促进胃肠蠕动、改善胃肠道血运,而且静脉营养治疗常常需在休克期度过方能进行。另外,静脉营养输注常因烧伤大量补液而进行困难,造成机体得不到应有的营养治疗。

本研究结果提示:三腔喂养管能够在持续胃肠减压的同时行空肠营养,具有将引流胃液与肠内营养合二为一的优势,一根管路解决两大问题,对于重症烧伤合并应激性溃疡出血患者,既要引流胃液,还要补充循环血容量及营养治疗尤为适用,值得推广。

参 考 文 献

[1] 孙永华,孙迎放.现代烧伤治疗与手术图谱[M].北京:人民军医出版社,2003:1.

[2] 张杨杨,邱啸臣,周国勇,等.严重烧伤后应激性溃疡的发病机制及防治策略[J].医学与哲学,2013,34(6B):77-79.

[3] 孙聪北,孟姗姗,唐娜.大面积烧伤 28 例营养支持护理[J].基层医学论坛,2009,13(21):600.

[4] 李维勤,李宁,黎介寿.重症急性胰腺炎病人的营养支持[J].肝胆外科杂志,2003,11(1):8-9.

[5] 余彦,吕思,唐朝晖.肠内营养支持对 ICU 患者细胞免疫的影响[J].中国危重症急救医学,2000,12(2):113.

[6] 王芳,袁琴芳,汤雨虹.大面积烧伤患者早期胃肠道营养的护理[J].中国误诊学杂志,2006,6(22):4455.

[7] Theilla M. Nutrition support for wound healing in the intensive care unit patient. [J]. World Rev Nutr Diet, 2013, 105: 179-189.

[8] 王学军,黄涛,贾建成.肠内营养支持在治疗应激性溃疡中的作用[J].实用诊断与治疗杂志,2007,21(3):235-236.

[9] 李洁廉,陈怡,刘文清.三腔喂养管对重症急性胰腺炎胃肠减压和肠内营养的应用[J].西南军医,200,11(6):1047-1048.

(收稿日期:2014-05-07)

无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养期间预防误吸的护理

刘丽

(南京医科大学附属常州第二人民医院呼吸科,江苏 常州 213003)

摘 要 目的 探讨无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养期间减少误吸发生的方法。方法 对 11 例无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养期间寻找可能发生误吸的原因,通过正确评估病情,正确实施无创通气、合理胃肠营养等措施来避免误吸的发生。结果 本组 11 例急性呼吸衰竭行无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养治疗后均未发生误吸。结论 对急性呼吸衰竭行无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养治疗期间,针对其可能发生误吸的原因,采取合理的措施,误吸是可以预防的。

关键词 无创通气 面罩 肠内营养 护理

Key words Non-invasive ventilation Masks Enteral nutrition Nursing

中图分类号:R472,R473.56 文献标识码:B 文章编号:1002-6975(2014)23-2196-03

无创通气目前正成为治疗呼吸衰竭的重要手段,不仅能减轻患者的痛苦,提高患者的生活质量,而且能减少患者住院时间和住院费用^[1]。无创通气技术虽不影响患者经口进食,但临床上一些急性呼吸衰竭患者要靠无创通气来维持生命,因卸除面罩进食,会迅速导致严重缺氧,气急加重,需要较长时间的调整,严重影响无创通气的效果,甚至危及患者生命,而患者不能进食,营养得不到保证。据报道,对慢性阻塞性肺疾病急性发作伴呼吸衰竭行无创通气的患者留置鼻胃管,进行肠内营养治疗,能明显改善营养状况,缩短无创通气时间及 ICU 住院时间,

降低气管插管率和死亡率^[2-3]。而无创通气、肠内营养治疗均可因腹胀、返流引起误吸^[4-5],危及生命。因此,无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养期间误吸的预防是我们关注的问题。我科 2011 年 2 月~2013 年 4 月对 11 例急性呼吸衰竭行无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养,均未发生误吸,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 11 例患者,男 8 例,女 3 例,中位年龄 72 岁(58~78 岁),均因急性呼吸衰竭入住 RICU 病房行无创通气治疗。其中,AECOPD 5 例,重症肺炎 3 例,肺间质纤维化伴 ARDS 1 例,间质性肺炎 1 例,肺毁损 1 例。在无创通气的同时,经

作者简介:刘丽(1970—),女,江苏常州,本科,副主任护师,护士长,从事临床护理工作

面罩置入复尔凯胃管后,直接行肠内营养治疗 10 例,有 1 例因无创通气后出现腹胀,先行胃肠减压,待腹胀缓解后行肠内营养治疗,肠内营养时间 2~24 d。本组患者均能够耐受插胃管操作,接受无创通气治疗时无人机对抗,在无创通气时生命体征基本平稳,波动不大,无消化道应激性溃疡及出血,胃肠功能正常或基本正常。

1.2 方法 本组 11 例患者均经钮式面罩(上海中山医院研制)置入复尔凯 CH12 胃管至胃内,面罩连接西门子 Servoi、Servo300 型呼吸机行无创通气,胃管连接喂养泵持续输注肠内营养液行肠内营养治疗。

1.3 结果 11 例患者均顺利在无创通气的同时经鼻胃管行肠内营养治疗,均未发生误吸。其中 7 例病情好转出院,另外 4 例因疾病恶化、经济原因自动出院。

2 护理

2.1 寻找误吸发生的原因

2.1.1 疾病原因 呼吸衰竭患者由于长时间缺氧和二氧化碳潴留,可致胃肠道瘀血,消化道功能减弱或受损,胃肠蠕动差;电解质失衡,低钾血症引起腹胀;剧烈咳嗽引起呕吐;感染较重,使用广谱抗生素,易产生胃肠道菌群失调,导致肠道积气、腹胀、呕吐、返流、误吸。

2.1.2 无创通气原因 无创通气时宣教不到位;患者紧张、咳嗽,引起人机对抗,反复的吞气,大量气体吸入胃内;体位不合理;上机程序错误;吸气压力过大, $>25\text{ cmH}_2\text{O}$ 时,超过了上消化道括约肌的静态压力,则上消化道括约肌打开,发生胃胀气;无创通气时,患者张口呼吸或讲话,这些均可导致腹胀、呕吐、返流、误吸。

2.1.3 胃肠营养原因 置入胃管时对咽喉部的刺激;胃管固定不佳,导致胃管滑出;卸除面罩咳痰时将胃管拉出,这些因素均可引起呕吐、返流、误吸;另外,胃肠营养时,营养液滴注过快、脂肪含量过度等原因,也可引起腹胀、呕吐,导致误吸;医护人员在巡视时忽略了腹胀相关症状体征的观察;未定时检查胃内潴留量。

2.2 针对误吸发生的原因,给予积极预防

2.2.1 正确评估病情 在无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养治疗前,先评估患者病情,能够耐受插胃管操作,接受无创通气治疗时无人机对抗,无消化道应激性溃疡及出血,胃肠功能正常或基本正常,在无创通气时生命体征基本平稳,波动不大,如患者因疾病原因腹胀明显,治疗后腹胀改善不明显或无创通气时人机对抗,腹胀明显,均不适宜置入鼻胃管行胃肠营养,否则极易发生返流、误吸。有条

件可置入鼻空肠管行肠内营养治疗。

2.2.2 正确实施无创通气 在无创通气前,用通俗易懂的语言向清醒患者及家属讲解无创通气的目的、优点、配合方法、注意事项及紧急情况下的拆除方法,进行示范或试用,解除患者紧张情绪。选择合适的面罩,佩戴松紧适宜,防止漏气,影响人机配合。教会患者随机送气而吸气,使自己的呼吸与呼吸机同步,减少人机对抗。指导患者无创通气时勿张口呼吸或讲话,防止大量吞气。对下颌关节松弛或意识障碍张口呼吸者,可使用下颌托,使口腔闭合。无创通气时,给予半卧位,头部抬高 $30^\circ\sim 45^\circ$,但头、颈、肩要在同一平面上,头稍后仰,保持气道通畅,有利于呼吸,避免口鼻、咽分泌物呛入呼吸道,有利于防返流误吸。呼吸机工作压力由低至合适水平,逐步调节,让患者逐步适应,切忌不经调试或压力骤升,导致人机对抗。无创通气过程中,医护人员要严密观察,除关注生命体征、机器工作情况、人机配合情况、实验室指标,还要听取患者的主诉,观察患者腹部情况。如有腹胀,予腹部按摩,必要时予胃肠减压。本组有 1 例患者因无创通气出现腹胀,先置入鼻胃管行胃肠减压,腹胀缓解后,再行肠内营养治疗。

2.2.3 合理肠内营养 在置入胃管前要做好充分的准备,以提高置入胃管的成功率。全面评估患者病情,物品准备齐全,选用钮式面罩和复尔凯 CH12 鼻胃管,将胃管穿过面罩上的胃管孔并固定,以防重力牵拉胃管滑出,同时也便于护士对胃管位置的观察。向清醒患者解释操作的目的、重要性,取得最大限度的配合,操作者必须技术娴熟,用最短的时间置入胃管,减轻因卸除面罩而造成的缺氧。胃管用 3 M 肤色弹力胶布固定牢固,在面罩内留 15 cm 胃管,以便患者解开面罩吐痰等,防止脱开面罩时拉出胃管。我们选用能全力或百普力作为肠内营养液,这两种营养液均具有较好的耐受性和较少的肠道副作用,可以降低误吸的发生几率^[6]。对于无禁忌症的患者,予半卧位,头部抬高 $30^\circ\sim 45^\circ$,使胃内食物通过重力作用进入小肠,促进胃排空,防止食物返流而发生误吸,同时也有利于呼吸。管饲前,应验证胃管位置是否正确,以后每 4 h 检查胃管的位置,在卸除面罩排痰等操作后,一定要确认胃管的位置。应用营养泵恒速输入,最初以 $40\sim 50\text{ ml/h}$ 速度滴注,如无不适,每天增加 10 ml/h 至 $80\sim 90\text{ ml/h}$ 。本组病例因疾病本身易致胃肠道瘀血,胃肠蠕动减慢,遵医嘱应用促胃肠动力药物,促进胃的排空。鼻饲给药时,药物应充分研碎溶解,用药前后用温水冲洗管道,以防药物堵塞管道或营养液与药物相互作用形成凝块堵塞管道。每 4 h 检查胃内潴留物的颜色与量,并用温水冲洗胃管,防止堵管。如果潴留量 <

150 ml,无明显腹胀,可维持原速度,密切观察;如果潴留量 \geq 150 ml,应暂时停止输注或降低输注速度,如胃内容物为咖啡色,立即停止输注,汇报医生处理。

虽然无创通气、肠内营养治疗都有可能致误吸的发生,但正确评估病情、正确实施无创通气、合理胃肠营养,就能有效减少无创通气患者经面罩置入鼻胃管行肠内营养治疗期间的误吸发生率,比起置入鼻空肠管、空肠造口,行胃肠营养更方便、痛苦更小。

参 考 文 献

[1] 中华医学会重症医学分会.机械通气临床应用指南(2006)[J].中国危重病急救医学,2007,19(2):65-72.

[2] 骆勇,贾文钊,王征.管饲肠内营养支持治疗对中度慢性阻塞性肺疾病急性加重无创通气患者疗效的影响[J].中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(1):19-22.
[3] 张云娇,万煜,艾华,等.肠内营养在慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭使用无创通气治疗患者的应用[J].南昌大学学报(医学版),2011,51(10):43-45.
[4] 吴顺琴,周艳萍.无创通气治疗呼吸衰竭并发腹胀原因分析及护理[J].护士进修杂志,2013,28(4):369-370.
[5] 张波,桂莉.急危重症护理学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2012:236.
[6] 叶向红,倪元红,彭南海,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养期间误吸的预防和处理[J].护士进修杂志,2009,24(4):317-318.

(收稿日期:2014-03-28)

冰硼合剂声门下间隙冲洗对机械通气患者的影响

陈秀芳

(浙江新安国际医院,浙江 嘉兴 314000)

摘要 目的 探讨运用冰硼合剂声门下冲洗护理呼吸机辅助通气患者的临床价值。方法 将我院重症监护室 2011 年 5 月~2013 年 2 月共 62 例行气管切开机械通气患者随机分成两组,在常规护理的同时,实验组运用中药冰硼合剂每 6 h 一次进行声门下冲洗且低负压持续吸引;对照组运用生理盐水每 6 h 一次进行声门下冲洗且低负压持续吸引。观察两组气管切开病人呼吸机相关性肺炎(VAP)发生率、抗生素使用天数、低氧血症发生率。结果 实验组气管切开呼吸机相关性肺炎(VAP)发生率、抗生素使用天数、低氧血症发生率均较对照组下降,三项指标均显示有统计学差异($P < 0.05$)。结论 呼吸机辅助通气患者使用中药冰硼合剂定时进行声门下冲洗护理,具有较高的临床价值,可以提高护理质量。

关键词 气管切开 机械通气 冰硼合剂 呼吸机相关性肺炎 低氧血症

Key words Tracheostomy Mechanical ventilation Ice boron mixture Ventilator-associated pneumonia Hypoxemia

中图分类号:R472 文献标识码:B 文章编号:1002-6975(2014)23-2198-03

机械通气患者常因气管切开、口咽部感觉迟钝、人工气道的建立,破坏了呼吸道的正常防御能力,并且刺激上呼吸道,使分泌物增多。同时,机械通气长期卧床病人胃肠功能受到不同程度的影响,又留置胃管,使食道相对关闭不全,胃内容物易返流。这些液体积聚在声门与气管套管气囊之间的空隙处,除本身就有明显化学刺激作用外,还滋生大量细菌。常规口腔护理及口腔内吸痰并不能清除上述腔隙内液体,使其在咳嗽、吸痰、改变体位时经气囊旁侧流入下呼吸道,而运用普通生理盐水声门下吸引,也不容易清除腔隙内的大量细菌,导致呼吸机相关性肺

炎(VAP)、低氧血症等相关并发症的发生。据国内医院调查,VAP 的发生率为 43.1%,病死率为 51.6%^[1]。因此,采取有效措施防范和减少 VAP、低氧血症的发生,成为我们医务工作者义不容辞的责任。我院重症监护室 2011 年 5 月~2013 年 2 月对机械通气管切开患者,运用中药冰硼合剂进行声门下冲洗护理,且持续吸引,减少了呼吸机相关性肺炎(VAP)及低氧血症的发生率,取得了满意的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院重症监护室 2011 年 5 月~2013 年 2 月机械通气且行气管切开患者 62 例。年龄 42~86 岁,平均年龄 66.3 岁,男性 38 例,女性

作者简介:陈秀芳(1976—),女,本科,主管护师,护士长,从事临床护理工作