0.9%生理盐水连续冲洗;TURP灌洗液为3.5%甘露醇。术后均使用3L袋盛装的无菌膀胱冲洗液持续冲洗膀胱,以免膀胱内血液凝集堵塞尿管,根据引流液的颜色调节冲洗的速度。待引流液转为微红色可夹管观察2~4 h,无继续出血即可停止冲洗。由于PKRP组切割前列腺组织时使表层组织汽化,汽化层下面形成1~2 mm均匀凝固层,使小动脉、小静脉、毛细血管断面随即闭塞,止血确切[3],术后引流液色淡红或微红,甚至是清色,一般冲洗速度40~60滴/min。TURP组汽化创面的焦痂脱落,创面易感染及出血,因而必须保持引流通畅,冲洗速度80~100滴/min,同时牵拉尿管,使气囊压迫创面止血。PKRP组术后出血量少,缩短了膀胱冲洗时间,节省了患者治疗费用,同时减轻了护理工作量。

3.4 早期下床活动 膀胱冲洗停止后,鼓励患者早期下床活动并向病人说明早期下床活动的意义。由于术后行膀胱冲洗需卧床休息,肢体活动减少,致使血流缓慢,血液淤积,加上患者老龄合并心血管疾病是发生深静脉血栓形成的高危因素,术后止血药的常规应用,使血液处于高凝状态,极易诱发下肢深静脉血栓形成。PKRP组膀胱冲洗时间缩短,患者早日下床活动,有效防止深静脉血栓形成及避免患者因卧床时间长出现便秘而继发出血,促进康复,从而缩短了住院时间,减少了护理工作量。

3.5 拔除尿管后的护理 TURP术后前列腺窝内焦化组织多[4],导尿管拔除后尿频、尿急等尿路刺激症状明显,应适当使用抗生素的同时嘱患者多饮水,起到自然冲洗的作用,保持24 h尿量2 500 ml以上。护士应加强巡视病房,耐心倾听患者的主诉,观察记录排尿次数、尿色、尿线粗细、有无排尿困难。由于PKRP止血效果好,损伤小,操作精确,拔管后病人尿路刺激症状轻,恢复快,加快了床位周转。

3.6 主要并发症的观察护理

3.6.1 前列腺电切术后应严密观察有无膀胱出血、TURS等主要并发症。术后出现恶心、呕吐、高血压、心动过速及精神症状,应警惕TURS。TURP组有2例出现TURS先兆(呼吸急促、烦躁不安,急查血Na^+ <130 mmol/L),立即给予经静注速尿20 mg及静脉补钠等治疗后缓解,痊愈出院。TURP采用灌洗液为甘露醇,大量灌洗液吸收进入血循环,血容量剧增,血钠突然下降,从而导致重要器官一系列生理改变。而PKRP采用的灌洗液为生理盐水,避免了因非电解质液大量、快速吸收入体内引起的稀释性低钠血症,即"水中毒",从根本上杜绝水中毒的发生。

3.6.2 TURP组1例患者停冲洗后下床解大便,出现尿管持续出血性尿液并阻塞导尿管,检查膀胱区隆起,病人烦躁不安,立即协助医生予膀胱血块清除术,经膀胱冲洗,配合静脉止血药治疗后尿色转清。多因创面痂壳脱落,应避免剧烈运动。鼓励患者进食高维生素、高营养易消化的食物配以蔬菜、水果,保持大便通畅。防感冒咳嗽,因患者便秘用力排便或剧烈咳嗽腹压增大时诱发。与TURP术不同,PKRP术采用双极回路及低温切割,其组织切割面的温度仅为40~70 ℃,加之极有限的热传透,电凝组织发白,极少炭化,减少了术中出血和术后焦痂脱落而致再出血[1],避免了术后继发性出血的发生。采用舒适护理贯穿到整个护理过程中,让病人身心处于最佳舒适状态,减少并发症,促进患者早日康复。本组结果表明,PKRP组缩短了住院天数及术后膀胱冲洗时间和尿管停留时间,而且并发症少,病人得到了最佳的舒适状态,加快患者的恢复速度,缩短住院时间。

参考文献

1 高 琳,王晓民,林相国,等.经尿道治疗前列腺增生两种术式的对比研究[J].中国老年学杂志,2008,1(28):47-49.

2 扬 荣,印志良,主编.经尿道电切术[M].北京:学林出版社,1989:108-409.

3 汪中扬,马 波,潘兆君,等.经尿道等离子前列腺汽化电切术与经尿道前列腺电切术的近期疗效比较[J].中华腔镜泌尿外科杂志,2008,2(1):34-35.

4 周金超.经尿道前列腺等离子双极电切术的并发症分析[J].中华现代外科学杂志,2008,5(6):411-412.

[收稿日期 2009-09-16][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

护理研讨

气管切开术后两种气道湿化方法的效果观察

杜丽华, 汪桃花

作者单位:333000 江西,景德镇市第一人民医院ICU

作者简介:杜丽华(1971-),女,本科,学士,主管护师。研究方向:急危重症护理。E-mail:minmin3891@163.com

[摘要] **目的** 探讨气管切开患者的两种气道湿化方法(间断湿化法和持续湿化法)的效果。**方法** 对50例气管切开患者随机分成两组,对照组用间断湿化法,观察组用持续湿化法。对两种湿化方法的刺激性咳嗽、肺部感染、支气管水肿三个方面进行比较。**结果** 持续湿化法优于间断湿化法,两组间差异有统计学显著

万方数据

意义($P<0.05$)。**结论**　持续湿化法效果好,方法简单,节省人力,值得推广应用。

[关键词]　气管切开;　气道湿化;　间断湿化法;　持续湿化法

[中图分类号]　R 605.97　[文献标识码]　B　[文章编号]　1674-3806(2010)03-0283-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.33

Effective observation on two ways of airway humidifying in patients with tracheotomy

DU Li-hua, WANG Tao-hua. The First People's Hospital, Jingdezhen Jiangxi 333000, *China*

[**Abstract**]　**Objective**　To probe into two ways of airway humidifying-discontinuous airway humidification and continuous airway humidification, in patients undergone tracheotomy. **Methods**　Fifty patients with tracheotomy were randomized into two groups. The control group received discontinuous airway humidification, and the observation group received continuous airway humidification. The rates of irritable cough, pulmonary infection and bronchoedema in both groups were compared. **Results**　Continuous airway humidification is superior to discontinuous airway humidification, and there were significant differences between two groups($P<0.05$). **Conclusion**　Continuous airway humidification is effective, simple, and good for saving manpower, therefore, it's worthy of promotion and application.

[**Key words**]　Tracheotomy;　Airway humidification;　Discontinuous humidification;　Continuous humidification

气管切开是临床上解除呼吸道梗阻,救治危重病人的一项重要手段,而充分的气道湿化是救治成功的一项重要的护理措施,我院重症监护(ICU)于2007-07~2008-12共有50例患者行气管切开,我们分别对气道湿化方法及持续湿化法的临床效果进行比较,介绍如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料　2007-07~2008-12我科(ICU)收治的病情危重行气管切开的病人50例,男28例,女22例,年龄8~78岁,其中慢性阻塞性肺部疾病20例,重度颅脑损伤18例,高位截瘫2例,有机磷农药中毒8例,心肺复苏术后2例。50例病人随机分为两组:对照组25例,男15例,女10例,年龄8~72岁;观察组25例,男13例,女12例,年龄10~78岁,两组在性别、年龄、病情等方面,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2　治疗方法　对照组采用间断气道给药湿化法:用20 ml一次性注射器,按注射法抽取无菌蒸馏水20 ml,间断气管内滴注,在病人吸气末时沿导管壁环周缓慢注入,每30~60 min向气管内注入3~5 ml,吸痰前后再注入1~2 ml,并根据痰液的黏稠度增加或减少湿化液。观察组采用微量注射泵持续气道给药湿化:用50 ml一次性注射器按注射法抽取无菌蒸馏水50 ml后与一次性延长管一端连接,延长管另一端则连接头皮针(剪去针头),排气后注射器固定在微量注射泵上,按开关启动,调节好推注速度,一般4~6 ml/h,根据痰液的性质调整微量注射泵速度,最多不超过10 ml/h,因为气管切开病人每日呼吸道失水约200 ml,所以湿化量以200~220 ml为宜[1]。再将头皮针软管插入气管切开导管内3~5 cm,并用胶布固定于套管外周。

1.3　统计学方法　计数资料的两组比较采用χ^2检验,$P<0.05$为差异有统计学显著意义。

2　结果

两种湿化方法,从发生肺部感染、支气管水肿、刺激性咳嗽的发生率来看,观察组均显著低于对照组($P<0.05$或$P<0.01$),即持续湿化法优于间断湿化法。见表1。

表1　两种湿化方法效果比较[n(%)]

组　别	例数	发生肺部感染	发生支气管水肿	发生刺激性咳嗽
对照组	25	12(48)	6(24)	10(40)
观察组	25	2(8)	0(0)	4(16)
χ^2	-	6.6667	17.0526	5.2632
P	-	<0.01	<0.01	<0.05

3　讨论

3.1　气管切开后气道湿化的重要性　气管切开后,一般吸入气体未能充分湿化,如需进行机械通气通气量往往增加使气管和支气管黏膜水分丧失过度造成气道脱水、黏膜干燥、分泌物滞留及干结、纤毛黏液转运系统受损,纤毛活动减弱甚至停止。排痰不畅可能导致气道阻塞,分泌物潴留在支气管中,可导致肺泡表面活性物质减少,肺顺应性下降,而诱发肺不张,肺部感染等并发症。有实验证明肺部感染率随着气管湿化程度的降低而升高[2],所以气管切开病人必须强调充分湿化,防止并发症的发生。

3.2　间断气道湿化方法的弊端　间断气道湿化方法可在一定程度上缓解人工气道干燥、失水,但存在一些弊端:(1)每次滴入湿化液量大(3~5 ml)常引起刺激性咳嗽,导致滴入的湿化液被咳出,痰液得不到充分稀释影响湿化效果,使得痰液变黏稠易形成痰痂不易吸引或咳出,阻塞气道、引起窒息。(2)排痰不畅,反复咳痰易使细菌侵入,使肺部感染率增加。(3)每30~60 min滴入湿化液一次,护理工作量太大。(4)每次滴药,由于注射器乳头沿套管内壁滴药污染机会大,导致湿化液被污染。

3.3　持续气道湿化法的优点　(1)由于每滴湿化液量少,对气道刺激小,不易引起刺激性咳嗽且持续给药符合气道持续丢失水分的生理需要,保证了呼吸纤毛运动的活跃,使气道始终处于一种湿化状态。(2)痰液稀释效果好,不易形成痰

万方数据

痂,吸痰彻底,缩短了整个吸痰动作所需的时间,延长了吸痰的间隔时间,减少了反复吸痰引起交叉感染的机会,同时也减少繁琐的护理工作程序。(3)微量注射泵注入速度均恒,湿化液量易控制,操作简单,病人感觉舒适。

总之,气管切开后由于呼吸道丧失水分较多,故充分的湿化及正确的湿化方法至关重要,而持续气道湿化法效果好,方法简单,又节省人力,值得推广应用。

参考文献

1 王 燕,何立宏. 54例骨科创伤性ARDS治疗中呼吸机的应用与护理[J]. 实用护理杂志,2000,16(1):17-18.

2 潘亚菊. 气管切开后两种气道湿化方法的实验比较[J]. 中华护理杂志,1995,30(3):162.

[收稿日期 2009-09-22][本文编辑 黄晓红 吕文娟(见习)]

护理研讨

老年人跌倒原因分析及安全防护

许耀玲, 肖秀兰, 廖金凤

作者单位:365000 福建,三明福建医科大学附属三明市第一医院

作者简介:许耀玲(1965-),女,大专,主管护师,从事临床护理工作。E-mail:jmlin66@163.com

[摘要] **目的** 分析老年患者跌倒原因。**方法** 对跌倒患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 老年患者跌倒原因有年龄因素、疾病因素、药物因素、环境因素、陪人不当等。**结论** 针对患者跌倒的因素采取全面评估,有效安全防护,可降低跌倒发生率,创造安全舒适就医环境。

[关键词] 老年人; 跌倒; 安全防护

[中图分类号] R 641 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)03-0285-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.34

跌倒是指平地行走或从稍高处摔倒在地。老年人由于生理上的变化,应变力下降,容易跌倒,其后果给老年人造成巨大的身心伤害,严重影响老年人的生活质量,也是老年人猝死的重要原因之一。我科2007-07~2008-07共发生9例住院患者跌倒事件,现对其跌倒原因和护理对策总结分析如下。

1 临床资料

2007-07~2008-07我科共发生9例住院患者跌倒意外事件。男性5例,女性4例。年龄65~89岁,平均78岁。跌倒以后发生硬膜下血肿1例,外伤缝合2例,软组织挫伤6例,骨折1例。本组9例患者均为心脏血管疾病患者,合并肢体偏瘫3例,肿瘤1例,老年白内障1例,帕金森氏病2例,糖尿病2例,老年痴呆3例。病房内跌倒4例(其中坠床1例),卫生间2例,走廊3例。跌倒时间发生在15:00~21:00时段4例,发生在00:00~07:00时段5例。跌倒原因中地面潮湿滑倒3例,因体力不支和突然坐起乏力而跌倒3例,梦中坠床1例,家属陪护不当跌倒2例。

2 老年人容易跌倒因素分析

2.1 年龄因素 随着年龄增长,老年人自理能力越来越差,视敏感减退,反应迟钝,行走速度与步态异常,平衡功能差,易发生跌倒事件。

2.2 疾病因素 老年人患有多种病,生活自理能力不同程度受限,体质虚弱,反应迟钝,特别是心血管疾病患者常有头晕,使其发生跌倒事件的概率增高。

2.3 药物因素 老年人对药物耐受性的敏感性与成人不同,易发生不良反应,长期服用镇静剂、抗高血压、降糖药物、抗心律失常药、肌肉松弛药、血管扩张剂以及任何影响平衡的药物,均易引起跌倒,大量或多种药物混合作用,可增加跌倒的危险性,并随服药的种类增多呈指数增长。

2.4 环境因素 老年人的生活安全,全由其生活方式和生活环境决定,住院后陌生环境,作息时间改变,活动空间的变小,地板滑,灯光暗,衣服不合适均易造成患者跌倒。

2.5 时间段因素 本组9例患者跌倒主要集中在二个时间段,第一时间段15:00~21:00,这个时间段,各种输液治疗工作已完成,患者离床活动或进行康复锻炼机会多;第二时间段00:00~07:00,这个时间段,夜深人静,陪人已睡,夜间值班护士1人,看护全区病人,工作难度大,难于照顾周全。

3 安全防护

3.1 做好住院老人危险因素评估 老年人住院后要根据患者的病史、病情及全身状况进行收集,对可能出现的跌倒危险因素进行评估、有关危险因素项目列表,并告知病人及家属防范措施和办法。

3.2 加强老年人心理护理 告知老年人随着年龄增加发生的心理、生理变化,关心患者的心理需求,帮助患者提高控制

万方数据