

气管切开术后防痰痂形成的护理体会 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/264/2021_2022__E6_B0_94_E7_AE_A1_E5_88_87_E5_c67_264586.htm

气管切开术是将病人颈部正中气管上段前壁第3~5气管环切开，并插入合适的金属气管套或硅胶气管套以开放呼吸道、改善呼吸的手术。但气管切开病人因人工气道的建立使气体失去鼻部过滤湿化、调温的过程，以致气道分泌物粘稠，痰不易吸出，易形成痰痂造成堵塞。现将防痰痂形成的护理体会总结如下：病人资料患者，男，88岁，患有冠心病、主动脉夹层、慢性心功能不全、脑血栓、假性球麻痹、呼吸睡眠暂停等。长期住院并卧床，现双肺感染，并发呼吸衰竭，痰多不易咳出，需呼吸机辅助呼吸，气管插管时间过长（45天），为加强排痰及呼吸机治疗行气管切开。护理体会

- 1.保证充足的液体入量：呼吸道湿化必须以患者全身不失水为前提，如果机体液体入量不足，即使呼吸道进行湿化，呼吸道的水分也会因进入到失水的组织而仍处于失水状态。因此，机械通气时液体入量保持2500ml~3500ml为宜。
- 2.正确使用呼吸机的加温湿化器：呼吸机的加温湿化器是利用将水加温后会产生蒸汽的原理，使吸入气体被加温加湿以达到呼吸道湿化的目的。一般送入气的温度宜控制在32~36℃，超过40℃易造成气道烫伤，温度过低，则起不到湿化作用。另外，在应用呼吸机时单凭机器加温湿化装置湿化气道还是不够的，注意配合应用其他方法。
- 3.气道滴入湿化液：每1~2小时一次，每次滴入量1ml~2ml，应在呼气末转吸气时沿气管内壁缓慢匀速滴入，避免在病人咳嗽时滴药，以免浪费药液。
- 4.未使用呼吸机时气管

套管的表面用两层消毒的湿纱布覆盖，起到湿化干燥的气体、防止灰尘和异物坠入气道的作用，注意要时刻保持纱布的湿度，定时（每4小时一次）清洗消毒内套管。5.未使用呼吸机时还应注意气道的湿化，应向气道内持续滴入湿化液。采用输液泵持续湿化法，根据病人具体情况将速度控制在1~5ml/h，将湿化液匀速、缓慢而持续地注入呼吸道，达到有效湿化的功能。6.注意观察气道湿化的效果，及时调整湿化液滴入气道的量及次数。因为湿化不足会使分泌物粘稠（有结痂或黏液块咳出），造成吸引困难，若湿化过度会使分泌物过分稀薄、咳嗽频繁，需要不断吸引，导致患者烦躁不安，发绀加重。故对于湿化不足时应加强湿化，增加湿化液滴入的量或缩短间隙时间；对于湿化过度者，每次滴入液体量应酌情减少，以免呼吸道水分过多而影响患者的呼吸功能。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com