

创伤性血气胸的急救护理

山东省文登市整骨医院 (264400)

黄海燕 宋修梅 宋文红

我院自1992年10月~1995年3月,共收治创伤性血气胸患者68例,经过抢救,获得了较满意的疗效。现将对创伤性血气胸的急救护理体会总结如下。

临床资料

本组68例中,男56例,女12例;年龄最小15岁,最大83岁。入院时患者呈休克状态者39例,呈反常呼吸者8例,伴皮下气肿者21例。肺压缩30%以下24例,压缩30~60%31例,60%以上13例。气管及纵膈移位9例,创伤性湿肺48人,膈疝5人,除2例伤势过重死亡外,其余均转危为安,痊愈出院。

护理措施

1. 创伤急救的准备工作:在患者入院时护理人员应立即准备好抢救器械,包括胸部固定带、胸腔穿刺包、胸腔引流瓶、吸氧管、吸痰器、气管切开包、静脉切开包、输血器、输液器及各种抢救药品等。搬动创伤性血气胸的患者时,应双手平托患者的躯干部,保护患者的受伤部位。抬搬放等动作要轻柔,勿牵拉、扭曲,避免再损伤。立即去掉污染衣裤,暴露受伤部位,用胸带包扎固定胸部,以减轻疼痛和控制反常呼吸,避免加重胸部损伤。

2. 及时纠正休克:创伤性血气胸患者由于胸腔内大量积血积气,压迫伤侧肺和纵膈,造成纵膈移位或纵膈摆动。同时由于大量出血,造成有效循环血容量骤减,常常导致休克,本组有39例入院时伴有休克,占57.4%。我们针对病情,采取相应措施:(1)快速补充血容量,建立两条静脉通路,必要时加压输血输液。若静脉穿刺有困难,立即报告医师,做大隐静脉切开或锁骨下静脉穿刺。如果条件允许可做中心静脉压测定,作为输液的客观指标。本组有6例病人做了中心静脉压测定。(2)严密观察病情变化,根据病情,每15~30分钟测P、R、BP一次,并详细记录。如患者输液输血后血压仍不回升,反而下降,应考虑胸腔内有活动性出血或合并其他脏器破裂的可能。应及时报告医师迅速查明原因,对症处理。(3)对严重休克患者应平卧位,收缩压稳定在10kPa以上时,应予半卧位,以利胸腔引流,减少血液对肺脏的压迫促使肺扩张。(4)保持呼吸道

通畅,改善通气功能。首先清除口腔及呼吸道的分泌物,给予O₂吸入,争取在短时间内使氧分压达到10.6kPa以上。供O₂应湿化,以50~70℃温水为宜,否则导致分泌物干燥,不易咳出,加重呼吸道阻塞。为保持呼吸道通畅,我们常规给病人做超声雾化吸入:用生理盐水100ml+庆大霉素16万u、地塞米松5mg、 α -糜蛋白酶4000u,每日2次。当患者的氧分压大于14.8kPa即停止给O₂,避免引起肺损害,发生O₂中毒。(5)密切观察尿量、尿色,给患者留置导尿管,每小时测量尿量,观察尿色,如尿量每小时少于25ml,尿色变深呈酱油色,说明有效循环血量仍不足,需加速输血输液,并报告医师处理。

3. 迅速排出胸腔积血积气:当患者胸腔内大量积血、积气,使气管移位,肺脏被压缩30%以上,引起呼吸、循环衰竭,应在抢救休克同时立即给胸腔闭式引流并加强引流管的护理。保持引流管通畅,每2小时挤管一次,以防血凝块阻塞。观察引流液的性质、量及颜色,并正确记录。如每小时引流量超过300ml,持续3小时以上或引流的血液很快凝固,应考虑有活动性出血的可能,应及时报告医师,采取相应措施,每次引流量不得超过800ml,以免纵膈移位。

4. 观察胸腔内气体排出情况:如24小时以后的时间内,平静呼吸时,引流管内仍有大量气体逸出,则考虑有支气管断裂或肺组织破裂的可能,如咳嗽或深呼吸时有大量气泡逸出,且水柱波动大,应考虑有肺泡破裂或胸腔内有大量残留气体的可能,如咳嗽时无气泡逸出,水柱波动不明显,听诊伤侧呼吸音清,表明伤侧肺组织膨胀良好,可考虑拔管。

5. 鼓励病人咳嗽、排痰、经常变换体位,并轻轻拍扣患者背部,以利咳嗽。亦可轻压患者气管,反射性地促使患者用力咳嗽。咳嗽时可用双手按住患者的胸部两侧,使伤处固定,减少咳嗽时的疼痛。

6. 减轻创伤疼痛,有助于患者自主呼吸、咳嗽和咳嗽,此时可用0.25~1%普鲁卡因做肋间神经阻滞或骨折处封闭。

(收稿:1995-09-29)