

创伤性张力性气胸的急救与护理研究进展

孙金华

广西壮族自治区江滨医院 广西南宁 530021

【摘要】 创伤性张力性气胸多发生于胸部重创后, 临床表现为患者呼吸困难, 胸闷气短等, 若不及时采取救治措施, 会对患者呼吸系统及循环系统产生严重干扰, 进一步出现肺水肿或休克症状, 对患者生命安全造成威胁。基于此, 本文探讨创伤性张力性气胸的急救与护理研究进展。

【关键词】 创伤性张力性气胸; 急救; 护理研究

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 08-092-02

胸部是人体组织的重要成分, 与呼吸系统、循环系统的正常使用有着密切关系。所以在其受到重创后, 会立即对呼吸系统、循环系统的正常使用造成影响, 进一步提高患者死亡几率。患者在胸部受创后, 伤口与胸膜部位会产生活瓣, 在患者吸气时, 活瓣呈开放状态, 空气会大量进入胸膜腔; 呼气时, 活瓣呈关闭状态, 空气则不能被排出, 因此随时间延长, 患者胸腔内的空气容积也会加大, 增加了压强差, 所以会出现创伤性张力性气胸情况。导致患者患侧肺组织受到高强度压迫, 并进一步影响健侧肺组织状态, 对患者呼吸系统产生严重影响, 所以临床上对该疾病的救治态度较为积极, 一般会立即采取急救措施, 并搭配相应的护理方案, 帮助患者快速减轻伤痛负担, 改善呼吸能力。

1 创伤性张力性气胸的症状

如前文所述, 胸部在受到创伤后, 会使进入胸腔的气体保持在一个只进不出的状态中, 随着患者受伤时间的延长, 其胸腔内的气体压力也会被不断增大, 会影响到周围血管的供血能力, 降低了静脉回心血量, 使纵隔向着健侧产生位移, 影响心排量, 使患者呈现低血压状态, 不仅会降低其呼吸有效性, 还会干扰其情绪状态出现意识障碍、发绀, 明显三凹征等症状表现^[1]。

2 急救处理措施

2.1 积极判断患者病情

创伤性张力性气胸是一种比较危急的疾病症状, 但当患者处于休克状态时, 该疾病的又易被临床医护人员忽视。因此在患者出现胸部损伤时, 医护人员可通过采用诊断性胸腔穿刺的方法, 快速判断患者是否有相应疾病症状, 尽快确定治疗方案。具体方法为选择患者受伤处第2至第3根肋骨间锁骨中线处, 直接选择20ml的空针带9号针头进行刺穿, 一直刺入到患者胸膜腔, 若有高压气体排出症状, 即可确诊^[2]。

在确诊过程中, 医护人员应注意以下两点: ①由于该疾病病情变化较快, 因此在患者胸腔受创且气胸症状不明显时, 切忌盲目搬动患者进行B超检查等, 以免拖延治疗时间, 加重病变程度。②创伤性张力性气胸的合并症状较多, 因此医护人员应完善检查计划, 通过专科会诊, 迅速判断患者颅脑、腹部等是否出现创伤, 进行联合处理, 提高急救效率^[3]。

2.2 相关急救措施

一旦患者被确诊后, 医护人员应立即以改善疾病症状、纠正异常情况为原则, 迅速采取救治措施, 降低死亡概率。

护理人员首先应采用现场堵漏排气方式, 快速排出患者胸

腔内积压的气体, 缓解肺组织受压情况; 第二要采用胸腔闭式引流术排出患者胸腔内剩余积血、积气, 来稳定其负压状态, 促进胸腔膜早日闭合, 恢复肺部功能。第三要迅速建立好静脉通道。对于出现休克症状的患者, 要及时为其补充血容量。另外大多数创伤性张力性气胸的症状都会合并血胸存在, 因此在急救中还要注意保持患者呼吸道的通畅, 避免分泌物及血液淤积在呼吸道中^[4]。

3 疾病护理措施

3.1 选择有效的穿刺部位

一般在对患者进行急救时, 会将其调整至半卧部位, 先进行局部麻醉, 然后沿着患者锁骨中线向下, 选择第2-3根肋骨间; 或沿着腋中线选择第4-5肋骨间进行穿刺。在穿刺成功后, 护理人员会明显感到突空感, 针头处会有气体溢出, 放出部分气体后, 置入引流管。

3.2 合理选择闭式引流管

临床上常用的引流管型号在14F-36F之间, 内径较大且排液效果更好。但其使用缺点为置入时需要在患者肋骨上缘行一个1-2cm的切口, 会对患者胸膜组织产生损伤, 降低愈合难度, 而且还易引发感染、皮下气肿等并发症, 进一步降低患者依从性^[5]。依照吴莉亚, 耿红艳等人的研究表明, 选择双腔气囊尿管来代替常规引流管, 可以进一步提高治疗效果^[6]。这是因为双腔管一般都是无菌包装, 其的材质更加柔软, 头端比较光滑, 在使用过程中对患者造成的刺激感较少, 操作方便, 不需要再次进行外固定。而且置管成功后, 患者在进行活动时, 也不会产生过多的牵引感, 可有效提高护理安全性与有效性。另外, 中心静脉导管虽然导管直径较小, 但其具有较好的柔韧性, 不易出现压扁、扭曲情况, 而且对患者产生的损伤小, 也能取得较好的治疗效果^[7]。但无论使用哪一类导管, 医护人员都必须做好无菌操作, 坚决依照章程规定进行清洁消毒^[8]。

3.3 保持引流有效性

医护人员可从以下两方面提高引流管置入的有效性。首先是从保持通畅方面。护理人员应定期对引流管进行检查, 通过直接挤压判断其是否出现堵塞情况。一般有两种常用的挤压方法, 第一是护理人员站在患者患侧双手同时抓住导管, 依次交替挤压引流管, 判断其是否出现堵塞情况, 在挤压时要注意挤压位置与患者胸壁的距离, 一般维持在13cm左右。第二是两端点挤压方法^[9]。选择距插管处13cm处为端点1, 选择距端点120cm处为端点2, 在两点之间的导管上涂抹润滑剂, 左手捏住端点1不动, 右手捏住导管从端点1向端点2滑动,

使两点之间的导管部分呈塌瘪状态,此时松开左手观察导管情况,若胸腔积液流至端点 2 说明导管无堵塞情况。两种挤压方式各有优点,选择第一种操作比较简单,选择第二种对管道造成的移动小,对患者产生的不适感也相应减少^[10]。第二从保持密闭性方面,护理人员应随时检查引流管的密闭性,并叮嘱患者及家属不要在活动过程中过分牵扯引流管,造成管道脱落问题。若需要在治疗期间搬动病患或更换引流瓶,则要使用止血夹封闭好管口,防止有空气进入。另外在搬动过程中还需注意水封瓶液面位置,应始终低于胸腔膜,避免其中液体发生倒流。

3.4 严格进行消毒隔离

护理人员要定时观察患者引流液情况,并每日定时进行引流瓶更换、对水封瓶外接管进行无菌消毒,依照患者伤口愈合情况进行换药消毒,预防感染情况发生^[11]。

3.5 做好并发症预防护理

在对患者进行胸腔闭式引流治疗时,容易引发其皮下气肿、胸腔感染等并发症。所以护理人员应及时对患者体征进行监测,制定监测表,定时记录患者心率、血压、胸廓起伏、意识等状况,另外还可借助水封瓶水柱波动情况来判断患者状态,若水柱无波动情况,说明患者可能出现气促情况,应及时检查是否出现堵塞情况^[12]。根据吴琪等人研究表明,在并发症预防期间应提高对患者呼吸功能的监测程度,使氧饱和度维持在 90%,给予患者吸氧支持,设置吸氧流量为 3-5L/min。另外要注意观察患者面部及颈部的皮下气肿发生情况^[13]。皮下气肿分为局部性与广泛性两种,一般出现局部性皮下气肿不需要采取特殊救治措施,患者过几日就可自行吸收,若出现广泛性皮下气肿,则要立即向医生反映做好皮下引流。若患者在治疗期间忽然出现发热或气短症状,可能与患处感染有关,可通过给予抗生素来降低身体炎症反应,起到并发症预防效果。

3.6 加强呼吸道锻炼

在开始呼吸道锻炼之前首先要做好呼吸道清理工作,护理人员应及时清除患者呼吸道的分泌物,依照患者氧饱和度调节好吸氧流量,通过采用雾化治疗帮助患者提高排痰效率,尽早排出胸腔内多余的气体,提高感染预防效率。在患者承受范围内,指导其每日积极参与康复训练,先练习深呼吸,激活肺部力量,接下来做上侧肢体运提高关节活动力度,并循序渐进加强训练难度,结合呼吸提高心肺能力^[14]。

3.7 做好拔管护理

患者在接受 3-5 天的闭式引流治疗后,其胸腔内的积液与积气就会被排出,此时可引导患者做 X 线检查,依照具体检查结果确定患者康复情况,拆除引流装置。依照李虹霞等人的研究表明,当观察到水封瓶中无气泡溢出,水柱波动范围不超过 2cm 时,即可引导患者进行胸部 X 线片检查,证实肺部膨胀后拔除胸管。在拔出之前,先叮嘱患者深吸一口气,然后屏住气息,以免导管前端对患者肺部造成损伤,在拔管成功后,护理人员应立即使用无菌纱布进行伤口按压,防止空气进入胸腔^[15]。

3.8 一般护理

对于气胸患者除了要做好急救护理与针对性护理外,还要依照患者需要加强常规护理:①体位护理:在术后要求患者呈卧位,并适当抬高患者头部与脚部,有助于提高积液与积气的排除效率,提高肺组织复张能力。待患者血压水平回归正常后,可使患者取斜坡式卧位,进一步改善其呼吸循环能力。②饮食护理在手术治疗期间,应为患者准备高蛋白、高纤维食物,既能为患者补充优质蛋白提高切口愈合速率,又能帮助其加强代谢保证大便通畅,提高新陈代谢能力。③心理护理:气胸病情变化较急,为患者带来的不适感较重,因此容易使患者在治疗期间产生不良情绪,加强身体应激反应,影响治疗依从性。所以护理人员应做好心理疏导工作,通过向患者介绍疾病成功治疗案例,来帮助其减轻心理负担,放松情绪,提高治疗配合效率。

总而言之,创伤性张力性气胸具有病情变化急,发展快等特点,具有一定的致死率,临床闭式引流治疗过程中需加强配合相应的护理措施,才能进一步提高治疗安全度,降低治疗风险。

参考文献

- [1] 黄佳佳.急救护理干预应用于急诊严重创伤患者的效果分析[J].医学食疗与健康,2020,18(11):173+175.
- [2] 封婷,张皓,王克江.超声与胸部 X 线摄影在创伤性气胸诊断价值的 Meta 分析[J].医学信息,2020,33(10):70-77.
- [3] 黎彩卿.院前院内无缝隙一体化护理干预在胸痛患者救治中应用分析[J].按摩与康复医学,2020,11(08):78-80.
- [4] 何最,李王安.严重创伤患者急诊急救护理研究[J].现代医药卫生,2020,34(10):1732-1734.
- [5] 张霞,王立波,吴盛正.超声诊断创伤性气胸的实验研究[J].中华医学超声杂志(电子版),2019,16(12):967-971.
- [6] 吴莉亚,耿红艳.创伤性血气胸急诊治疗期间的康复护理干预[J].双足与保健,2018,27(14):46-47.
- [7] 陈婷婷,李春娟.创伤急救护理小组在重症创伤患者急救中的作用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(46):38.
- [8] 王倩.心理护理干预开展于急诊重症患者中的价值研究[J].黑龙江中医药,2019,48(05):271-272.
- [9] 郭宗荣.电视胸腔镜手术和开胸手术治疗创伤性血气胸的对比评价[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(81):94-95.
- [10] 钟蕊忆.优质护理服务在急性多发伤患者护理中的实践[J].柳钢科技,2018(06):48-50.
- [11] 赵军红,夏磊,马珍珍.胸部多组织弹片贯穿伤的救治与护理[J].西北国防医学杂志,2018,39(07):452-455.
- [12] 向爱琴.对颌面部创伤合并胸外伤患者进行急救护理的效果观察[J].当代医药论丛,2017,15(22):231-232.
- [13] 吴琪,包招兰,冯国和.急性胸痛护理分诊工具的应用进展[J].中国护理管理,2018,18(07):991-995.
- [14] 崔红云,黄静.时间管理联合环节控制模式在多发伤患者院前急救护理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2017(10):185-187.
- [15] 黄英,赵琴美.对多发伤患者进行整体性急救护理的效果研究[J].当代医药论丛,2017,15(11):143-144.