

“管”住健康，“护”住安心：气管切开的居家护理

▲ 徐州市中心医院 潘翠改

在危重患者的治疗过程中，气管切开这一操作常常让患者家属感到深深的担忧和恐慌。一听到要“割气管”，心里就害怕并担心会给亲人带来巨大的痛苦和风险。实际上，气管切开是极为重要且必要的“生命通道”，“人活一口气”，尤其在急性上呼吸道梗阻时，外部气体无法进入肺部，数分钟内即可出现呼吸衰竭甚至呼吸心跳骤停，此时气管切开术便成为挽救病人生命的紧急手术。对于短时间内无法脱离呼吸机，或需要较长时间保留人工气道便于清除气道分泌物时，气管切开就比继续气管插管显得更有优势：降低呼吸氧耗，方便口腔护理，减少镇静镇痛药物使用，患者舒适度增加，增加尝试脱机机会，促进康复锻炼……

什么是气管切开术呢？气管切开术是在颈部切开气管前壁，并放置金属气管套管和硅胶套管以开通气道的一种手术，已经从原来传统的外科手术，逐渐发展到微创的经皮气管切开，从而大大减轻患者创伤，缩短手术时间，降低创面感染风险和治疗费用，且

可在 ICU 床边进行。大部分患者切开过程都很顺利，但肥胖、颈部短粗，解剖结构异常的患者，操作难度和并发症发生率都会增加，有时需耳鼻喉科医生协助手术。

部分病人由于持续痰多、神经系统、咽喉系统疾病等，需要短期或长期甚至终身带管以保持呼吸道畅通。那么气管切开家庭护理尤为重要，如果护理不当、观察不到位，可能会出现套管堵塞、接口感染、气管壁黏膜溃烂、肺部感染等严重的并发症。气管切开后的护理主要为以下几方面：气切口的维护；气管套管要固定稳妥，防脱管；气道湿化，吸痰护理；选择合适体位，防误吸；预防感染等。

对于气管切开患者的室内环境尽量保持空气清新，温度在 22~24℃，湿度在 50%~60%。每天定时开窗通风，至少 2 次，每次 30 分钟左右。

切口护理

每天至少 2 次用碘伏等消毒剂清洁切口周围皮肤，观察切口有无渗血、渗液、红肿、

疼痛等情况，如有异常及时处理。根据切口情况，一般 1~2 天更换一次切口敷料，如敷料被污染或浸湿，应立即更换。

气管套管护理

气管套管的固定带要松紧适宜，以能容纳 1~2 指为宜，防止套管脱出或过紧影响血液循环，定期更换；内套管一般每天取出清洗、消毒 2~3 次，可采用煮沸或浸泡消毒的方法。外套管在无特殊情况下，1~2 周更换一次，套管口可覆盖双层湿性生理盐水纱布，可防止灰尘和异物吸入。

保持呼吸道通畅

在湿化气道方面可采用雾化吸入的方式，常用生理盐水加氨溴索等药物，每天 2~4 次，以稀释痰液，利于排出。也可使用人工鼻或气道湿化器，保持气道湿润。根据患者痰液情况，定时进行吸痰，一般每 2 小时左右观察一次，如发现痰液增多或有呼吸不畅的症状，应随时吸痰。吸痰时严格遵循无菌操作原则，防止呼

吸道感染。为促进气管切开患者痰液易于咯出，陪护人员定时给予翻身、叩背，每 2 小时一次。叩背时手指并拢呈空心状，从胸廓下部向上，左右两侧各叩 3~5 下，以有效振动支气管，使痰液排出，还可以提高肺通气质量，有效降低下呼吸道感染的发生率。

口腔护理

每日用生理盐水或复方硼砂溶液等进行口腔护理 2~3 次，保持口腔清洁，预防口腔感染和异味。进食时和进食后半小时保持床头抬高位≥ 30℃。

气管切开长期带管者病程长，往往多病并存，病情复杂，患者体质衰弱，缺乏有效自主运动，可能伴有不同程度的意识障碍，因此要密切观察患者的生命体征，包括呼吸、心率、血压、体温等，以及神志、面色等变化。如出现呼吸急促、发绀、烦躁不安等异常情况，应及时查明原因并处理。以降低并发症的发生风险，促进患者康复。如有任何疑问或异常，应及时咨询医生或护士。

急性胰腺炎患者的科学饮食管理

▲ 沈阳市第六人民医院 宋思阳

急性胰腺炎是胰腺突然发生炎症的疾病，全球每年约有 30 例/10 万人发病，其中重症患者死亡率高达 30%。胰腺的主要功能是分泌消化酶和调节血糖，但当这些消化酶异常激活时，胰腺会“自我消化”，导致剧烈腹痛、恶心呕吐，甚至危及生命。

常见病因

胆结石（40%）：结石堵塞胰管，导致胰液无法正常排出；酗酒（30%）：酒精直接刺激胰腺，增加胰酶分泌；高脂饮食（20%）：血液中甘油三酯过高（>11.3mmol/L）可诱发胰腺炎；其他原因：感染、药物副作用、遗传因素等。

疾病严重程度分类

轻度（80% 患者）：胰腺轻微肿胀，1~2 周可恢复；中度（15%）：局部坏死或假性囊肿形成，需住院治疗；重度（5%）：胰腺大面积坏死，可能引发多器官衰竭，死亡率高。

急性期饮食管理（1~7 天）

原则：让胰腺充分休息，避免食物刺激。
完全禁食（48~72 小时） 急性发作时，进食会刺激胰液分泌，加重炎症；营养支持：通过静脉输液补充能量、电解质。
恢复初期（3~7 天） 逐步尝试饮水：先少量（5~10ml）温水，观察是否腹痛加重；过渡到流食：米汤、藕粉、过滤蔬菜汤（无油）；避免任何脂肪、蛋白质：牛奶、肉汤、豆浆等暂不食用；注意：如果腹痛反复，需立即停止进食并就医。

恢复期饮食管理（1~3 个月）

目标：逐步恢复营养，避免复发。
低脂饮食（脂肪 <30g/天） 脂肪来源：1 茶匙植物油（5ml）、1 个鸡蛋黄（限 1 个/天）；避免高脂食物：肥肉、油炸食品、坚果、奶油、巧克力。

休克并非一种独立的疾病，而是机体遭受强烈的致病因素侵袭后出现的一种危及生命的病理生理状态，通常由于有效循环血量急剧减少、组织灌注不足和细胞代谢紊乱所引起。

休克的分类及病因

低血容量性休克 最常见的休克类型之一，大量失血或失液导致循环血量锐减。

分布性休克 血管收缩舒张功能异常引发的休克，血流动力学表现为“高排低阻”。包括脓毒性休克和过敏性休克。

心源性休克 主要由于心脏功能严重受损导致心脏无法有效地泵血，心排出量急剧减少。

梗阻性休克 由于心脏和大血管等血液循环的主要通道受到机械性梗阻造成的。梗阻原因有心包填塞、大面积肺栓塞、张力性气胸等。

休克的症状

血压下降 循环血量减少导致患者动脉血压下降，明显低于正常范围。

意识障碍 早期出现精神紧张、烦躁不安，随着休克进展，大脑供血不足引起表情淡漠、意识模糊，甚至昏迷。

皮肤湿冷 外周血管收缩和循环血量减少导致皮肤苍白、湿冷，有时出现紫绀。

心率增快、脉搏细速 心脏加速跳动以维持心输出量，同时外周血管收缩导致脉搏细速。

尿量减少或无尿 肾脏灌注不足导致肾功能受损，出现尿量明显减少或无尿。

呼吸急促或困难 机体缺氧和酸中毒导致呼吸急促或困难。

其他伴随症状 在脓毒性休克中，患者可能还会伴有寒战、高热等症状；过敏性休克患者会出现皮肤瘙痒、皮疹、喉头水肿、呼吸困难等过敏症状。

休克的诊断

第一，医生首先会根据患者的临床表现来初步判断是否存在休克。

第二，持续监测患者的生命体征，休克患者的血压通常会明显下降，收缩压低于 90mmHg，脉压差小于 20mmHg，心率加快，常超过 100 次/分，呼吸频率加快，可超过 20 次/分。

第三，完善血常规、生化、止凝血功能、动脉血气分析等检查，对于判断休克的严重程度和指导治疗具有重要意义。

第四，影像学检查对于怀疑有外伤、心肺疾病等病因的休克患者，是必不可少的。

休克的治疗

紧急处理措施 确保患者呼吸通畅，解开束缚物，必要时进行气管插管或气管切开，使用呼吸机辅助呼吸；若呼吸骤停，立即进行心肺复苏；让患者保持平卧位，头和躯干抬高 20°，下肢抬高 15°~20°，以增加回心血量。

补充血容量 治疗休克的关键措施。根据休克类型和病情，快速输注晶体液，如生理盐水、林格氏液；对于失血性休克，及时输血补充红细胞悬液、血浆等。在补液过程中，需密切监测患者的生命体征和尿量，调整补液量和速度。

病因治疗 针对不同类型的休克，进行病因治疗是根本，积极处理原发病。

纠正酸碱平衡紊乱 通过血气分析检测，适量补充碱性药物纠正酸碱失衡。

血管活性药物应用 在补充血容量基础上，若血压仍不能维持，使用血管活性药物调节血管张力、升高血压、改善微循环。

休克的预防

避免接触已知的过敏原和诱发因素；积极治疗原发病，如心脏病、糖尿病等；尽早治疗失血或失液情况，避免休克发生；保持创面清洁，避免感染，按医嘱使用抗生素；心脏病患者避免过度劳累和情绪激动；避免疼痛、恐惧等刺激，减少机体应激反应。

休克是一种紧急且严重的医疗状况，需要立即进行医疗干预。在日常生活中，应积极采取预防措施，降低休克发生的风险。