

专科护理

气管切开患者的术后护理要点

□ 杨玉洁

气管切开术也被称为经皮气管切开术，是一种经皮切开颈段气管，在颈部建立新的通道，放入气管套管，以建立人工气道的创伤性操作，其目的主要是维持气道通畅、连接呼吸机和进行气道内操作等。气管切开术常用于由于各种病因需要较长时间机械通气、上气道梗阻或下呼吸道分泌物引流不畅等危重症患者的救治。气管切开患者常常同时存在气道分泌物多、吞咽功能障碍、呼吸肌无力等情况，需要进行特殊的管理和治疗。

气管切开后合理的管理和康复治疗有助于减少并发症、缩短拔管时间、降低病死率。对于需要长期留置气管套管的患者，合理的管理和康复治疗可以提高患者的生活质量。以下是气管切开患者的术后护理要点。

临床资料

患者为52岁的男性，1个多月前因“吞咽不利6天”为主诉入院，入院后完善相关检查，食管癌诊断明确，排除化疗禁忌，分别于今年3月27日和4月15日，按照“紫杉醇+顺铂+特瑞普利单抗”方案，化疗2周期，化疗过程很顺利。5月8日，患者在全身麻醉下进行胸腹腔镜下食管胃部分切除术、食管胃颈部吻合术，术后转入重症监护室。5月9日，患者出现喉鸣音、呼吸困难、胸闷等症状。专家会诊并与患者家属充分沟通后进行气管切开术，接呼吸机辅助呼吸。5月10日，患者生命体征平稳，从重症监护室转回我科继续治疗。目前，该患者已出院。

护理感悟

这天，我和同事正在商量午饭吃什么的时候，突然，一阵急促的电话铃声响起。“急性前壁心肌梗死，立即抢救！”一声紧急的召唤，让我和同事立刻回到紧张的工作状态。

11时47分，科室接诊了一位急性前壁心肌梗死患者，医务人员迅速进入紧急救援模式。患者到达病区后，出现了恶性心律失常——反复室颤。经验丰富的同事在值班医生的冷静指挥下，立即给予药物注射，并连续执行了4次心脏电除颤。经过20分钟的紧张抢救，患者的心跳终于恢复，随即被送往介入手术室。急诊造影检查结果显示，患者的冠状动脉前降支近端狭窄已达到90%，并且局部有血栓形成！紧急植入支架后，患者终于转危为安，被送回病房继续治疗。

就在这场抢救尚未结束时，12时15分，又一例急性前壁心肌梗死患者被紧急接诊。主任迅速指挥第二组医务人员展开抢救：开放两条静脉通路，急查血及心电图、除颤、心电监护……同事们分工明确，有条不紊地执行着每一条医嘱。紧接着，患者的造影检查结果显示，冠状动脉的三支血管均闭塞，生命悬于一线！在同事们的护送下，患者被转到介入手术室。

手术开始。患者的造影检查结果显示，冠状动脉的三支血管均闭塞，生命悬于一线！在同事们的护送下，患者被转到介入手术室。医务人员手中，快速开通闭塞的血管，并在冠状动脉血管前降支植入一枚支架。术后，患者被转入ICU（重症监护室）继续接受治疗。

因为心血管内科的患者具有病情变化快、情况危急的特点，所以在工作中一刻都不能放松警惕。

仍记得刚开始独立上夜班时，一位冠心病老年患者病情突然恶化。我立即打电话给护士长，请求支援。当时，我虽然非常紧张，但是那一刻都不敢松懈地执行抢救医嘱。不知道从什么时候开始，我一转身看到身后的同事们，心瞬间就安定了下来，心想“我的后备军好强大”。

我想，这就是团队的力量。

在生死攸关的时刻，我们以无私的奉献精神和专业的能力，为患者赢得了宝贵的时间。我们是一个训练有素、配合默契的护理团队，成了医院中不可或缺的中坚力量，守护着患者的生命健康。

（作者供职于鹤壁市人民医院）

护理措施

气道湿化

呼吸道是肺呼吸时气流所经过的通道。呼吸道分为上呼吸道和下呼吸道两部分。其中，鼻、咽、喉合称上呼吸道；气管、主支气管及肺内的各级支气管合称下呼吸道。上气道是气体进入肺的门户，具有加温、加湿、吞咽、发音等多种功能。鼻咽部具有湿化、净化空气等功能。气管切开后，上呼吸道丧失了气体的加温、湿化、过滤作用，防御功

能减弱。如果在护理过程中对人工气道的湿化不够，将在人工气道或上呼吸道上形成痰痂。痰痂一旦形成，可阻塞支气管，使气道阻力增大，引起周围性呼吸困难、窒息。因此，气道湿化十分重要。

1. 湿化目标

根据指南推荐，成人重症患者人工气道吸人气体温度应达34摄氏度~41摄氏度（37摄氏度为最佳）、相对湿度达100%。

2. 常用湿化液的选择
灭菌注射用水：可避免因加热导致的溶质析出，是主动加热湿化器首选的湿化液。

不同浓度的氯化钠注射液：3%的氯化钠溶液、0.9%的氯化钠溶液、0.45%的氯化钠溶液等。采用持续气道滴注湿化法或湿纱布覆盖法时，选用0.45%的氯化钠溶液，使患者的舒适性更高、并发症更少。

碳酸氢钠注射液：1.25%的碳酸氢钠注射液用于湿化时，可使气道局部形成碱性环境，具有皂化功能，可使痰液软化、痰液变稀薄，有利于痰液被咯出，但用量大时可导致患者组织水肿、肌肉疼痛、抽搐，不推荐作为人工气道常规湿化液。

雾化用药：根据患者的具体病情，遵医嘱选用相应的化痰药物或治疗药物，再进行相应的治疗。

吸痰护理

1. 按需吸痰
建议仅在出现临床指征时进行人工气道吸痰。

2. 吸痰指征
呼吸音、人工气道中可见分泌物及呼吸机波形改变（如流量波形上呈锯齿状波

动），是成人和儿童需要吸痰的最佳指标。

3. 负压吸痰

建议给新生儿及儿童吸痰时负压在120毫米汞柱（1毫米汞柱=133.32帕）以下；给成人吸痰时负压在200毫米汞柱以下。尽可能

在有效清除分泌物的前提下设置较低的负压水平。

4. 浅吸痰

浅吸痰是指吸痰管插入深度为人工气道的长度，而深吸痰是指将吸痰管插至有抵抗处（即气管隆嵴处），再向外提1厘米。建议常规

使用浅吸痰技术，以免发生潜在的气道损伤。深吸痰通常仅在浅吸痰无效时使用。

5. 吸痰时间

限制每次吸痰的持续时间是减少潜在并发症的直接策略。每次吸痰时间要尽可能短，不超过15秒。

气管套管护理

对气管套管护理不当，会导致痰痂堵塞气管套管，引起呼吸困难甚至窒息。因此，需要加强气管切开患者的气管套管护理。

1. 防止气管套管脱出

调节气管套管系带的松紧，过紧会影响患者的呼吸，过松则会导致气管套管脱落。

2. 做好气囊管理

气囊的作用是密封气道、固定气管套管，防止漏气，它既可以减少声门下分泌物误吸，也可以减少呼吸机相关性肺炎的发生。气囊充分地注气及维持一定

的压力，对于良好封闭气道非常重要。压力过大会压迫气道，导致气道黏膜缺血损伤甚至坏死；压力不足会导致患者发生误吸的概率增加。

预防感染

1. 环境
气管切开患者宜被安置在安静、清洁、空气清新的病房内，室温保持在20摄氏度~26摄氏度，湿度保持在60%~70%。每日开窗通风4次~6次，每次30分钟。每日用空气消毒机消毒空气净化至少3次，1次1小时~2小

时。用含氯消毒剂擦拭病房的地面、桌面、墙壁、床栏等。

2. 预防局部感染

保持气管切口处清洁、干燥，以防感染。切口处纱布应每日更换，被污染时应及时更换。应使用专用的纱布，不建议将纱布剪成方块儿，因为磨损的纱布边缘可能是潜在的感染源。定期检

查切口处周围皮肤有没有感染或湿疹。

3. 口腔护理

有效的口腔护理可保持口腔清洁，以减少因口腔细菌进入呼吸道引发的感染事件。定时评估口腔情况，至少每日进行2次口腔护理，并定期使用口腔护理液。常用的口腔护理液有生理盐水、氯己定漱液等。

心理护理

由于气管切开后语言表达能力受到严重影响，患者常无法表达自己的心情，因

此容易心情烦闷，产生焦虑、抑郁、烦躁等不良情绪。患者家属应配合护理人员对患者进行心理疏导、

参与疾病知识科普宣教和沟通工作。护理人员可以借助写字板等其他工具与患者进行交流沟通，帮助患

者建立信心。在护理工作中，注意观察患者的表情、手势、口型，了解患者的诉求并给予满足。

出院指导

气管切开患者中，部分患者会携带气管套管出院。对于这部分患者来说，做好居家日常护理非常重要。护理人员要指导患者及其家属做好以下事项：

1. 取装气管内套管、清洗及消毒气管内套管、更换气管垫的方法。

2. 经常检查系带是否固定牢固，以能容纳一个手指为宜，避免气管套管脱出。

3. 避免去人员密集的场所，以防发生呼吸道感染。

4. 外出时注意遮盖气管套管口，防止吸入异物。

5. 保持居住环境清新、湿润，经常通风换气。

6. 适当锻炼，增强身体

抵抗力。

7. 合理膳食，加强营养。

8. 定期门诊随访。如发生气管外套管脱出或呼吸不畅，立即就诊。

（作者供职于河南省肿瘤医院胸外一病区）

□ 高敏

人文关怀 让服务更有温度

□ 高敏

在神经重症科轮岗学习的过程中，我经历了前所未有的挑战。这段经历不仅让我的专业技能有了提高，还对我的职业理念和个人成长产生了深远的影响。

人文关怀的力量

人文关怀是一场双向奔赴，我们用心守护和温暖患者，患者也用真诚的微笑给予我们鼓励。令我印象最深刻的就是来科室上班的第一天，在床边交班时，护士长一边给宋爷爷擦脸一边说：“擦擦脸就干净舒服了。”宋爷爷虽然不能说话，但是我看到他的眼睛里含有泪水。这一刻，我深深地感受到了人文关怀在临床中的重要性，也认识到了为患者及其家属提供心理支持的重要性。

工作期间，我跟随老师的脚步，学习如何为患者及其家属提供人文关怀，比如对刚入住重症监护室感到紧张

和害怕的患者及时给予安慰和心理疏导；在患者感到烦躁不安的时候，耐心倾听患者的诉求，并安慰、鼓励患者及其家属树立战胜疾病的信念等。这一件件事让我学会了如何在高度技术化的医疗环境中保持人性的温度。医疗不仅是技术的实施，更是情感的传递和对生命的尊重。

在工作之余，我时常感受到科室老师们给予的关爱和鼓励，也会收到护士长的祝福和红包。

专业技能的提升

带教老师们有着丰富的临床经验，他们超强的专业能力让我非常佩服。每天的床旁护理查房和疑难病例讨论，让我有机会接触到各种复杂病例。通过老师们对患者病情的评估、护理重点和计划的制订与实施，以及护理难题的解决，让我对疾病

的发生、发展有了深刻认识，让我学会了如何迅速准确地评估患者的病情，捕捉患者细微的变化，并及时报告医生。

另外，科室里定期会组织开展业务学习。老师们对新技术、新指南、新标准的详细讲解让我收获满满。这一过程让我为后续的临床实践打下了坚实的理论基础。在老师的指导下，我掌握了多项护理技能，大大提高了我的应急处理能力和临床决策能力。

对我来说，这次神经重症科的轮转是一段宝贵的人生经历，不仅拓宽了我的专业视野，还加深了我对医学人文精神的理解。我将继续在护理岗位上发光发热，为患者提供更高质量、人性化的护理服务，为促进患者身体恢复贡献自己的力量。

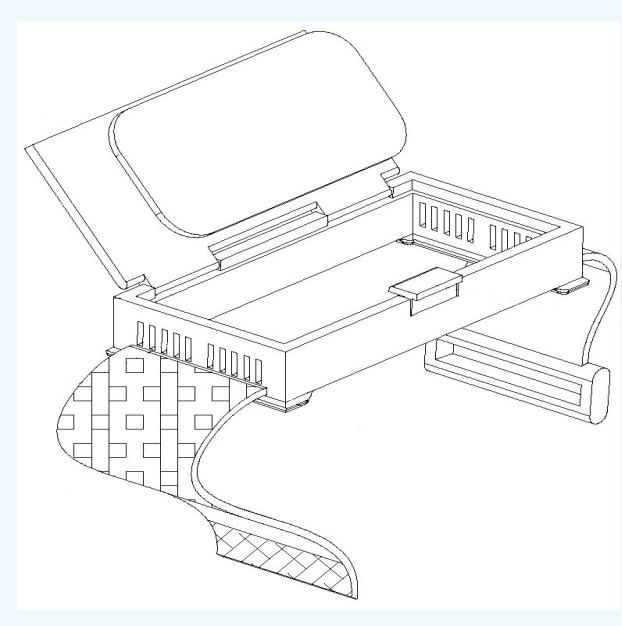
（作者供职于河南省中医院）

征稿

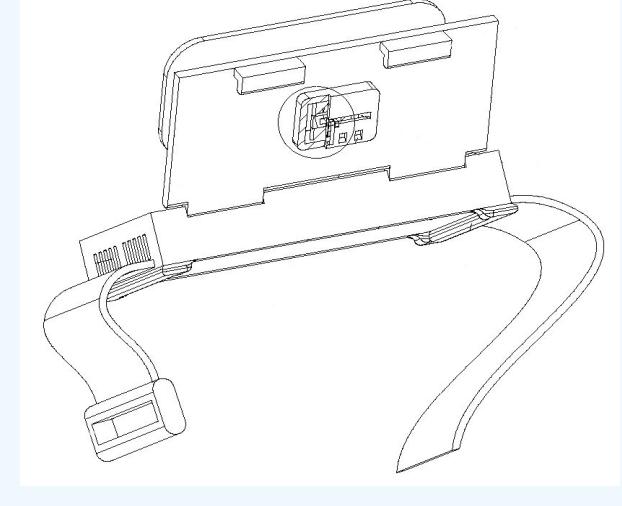
你可以谈一谈护理工作《小发明》（请将你的小发明拍成图片，并附上文字说明）、《护士手记》《护理感悟》等栏的新进展，对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

投稿邮箱：
《护理管理》《专科护理》
56869252@qq.com

小发明



这种普外创伤护理装置的示意图



这种普外创伤护理装置的局部剖切仰视示意图

技术背景

普外科是外科系统中最大的专科。普外科患者手术的创伤口前期需要进行一段时间的加压，以确保伤口愈合，防止伤口裂开。目前，常用的方法是使用绷带直接捆扎，但无法控制对伤口的加压力度。现有的加压装置大多采用气囊挤压方式，其通风性较差，不利于患者创口的恢复。患者在长期恢复的过程中，需要定期对创口进行护理换药，以防发生感染等情况。临幊上通常使用医用胶带将带有敷料的纱布固定在创口处，但是长期使用胶带容易对皮肤造成伤害，且每次换药都需要医务人员重新处理纱布并将其固定在创口处，增加了医务人员的工作量。

创新亮点

这种普外创伤护理装置包括前后方向的矩形框，矩形框的前后两端分别设有束带，矩形框的左端前后两侧分别设有左右方向的软垫，矩形框的左侧铰接有端盖。端盖上设有开口朝右的矩形盒，矩形盒的左侧壁上设有前后方向的滑槽，滑槽内滑动连接有滑块。滑块右侧伸入矩形盒且设有矩形块，矩形块前后两侧分别铰接有连接板，两个连接板互相平行。连接板的右侧设有前后方向且可插入矩形框内的压盘。压盘的右侧设有与矩形盒连通的腰形壳。连接板可在腰形壳内左右滑动。腰形壳内右侧滑动连接有T形块。T形块的右端贯穿腰形壳，与压盘固定连接。腰形壳的前后两侧分别设有位于连接板与T形块之间的弹簧。

矩形盒的左侧壁设有多个沿前后方向均匀分布且左右贯通的限位槽。滑块的左端伸出滑槽且铰接有呈倒L形的限位块，限位块可插入限位槽内。

后侧的束带自由端设有环形块，前侧的束带自由端可插入环形块内。前侧的束带自由端外表面设有第一魔术贴，前侧的束带另一端设有可与第一魔术贴粘贴的第二魔术贴。

矩形框的右侧壁上端设有开口朝上的让位槽，让位槽内设有可与端盖上端面接触且呈T形的卡扣，卡扣为弹性材料。端盖的左端前后两侧分别设有把手。矩形框的前后两侧分别设有多个沿左右方向均匀分布的通槽。

有益效果

这种普外创伤护理装置通过可摆动的端盖与矩形框配合，利用束带将矩形框固定在患者的创口处，有助于医务人员对患者进行换药操作，同时减少了医务人员的工作量；通过可滑动的连接板与T形块配合，控制弹簧的压缩量，有助于利用弹簧控制压盘对创口的加压力度，便于患者的恢复治疗。该创伤护理装置结构简单、操作方便、实用性强。

（作者供职于阜外华中心血管病医院）

团队的力量

□ 陈宇瑶

力量

团队

力量

团队

力量

团队

力量