

■ 专科护理

气胸患者的护理要点

□ 朱志杰

气胸是指气体异常进入胸膜腔(肺与胸壁之间的潜在间隙)导致的病理状态,其特征是肺组织受压萎陷,影响呼吸功能。这就像吹气球时气球突然破裂,而气胸本质上就是肺组织发生“漏气”。在正常生理状态下,肺脏与胸壁之间的胸膜腔呈负压密闭状态,这种负压环境使脏层胸膜与壁层胸膜保持紧密贴合,犹如吸盘效应。当气体通过破损的肺泡或胸膜进入胸膜腔后,由于胸腔容积固定,积聚的气体会逐渐压迫肺组织,导致肺萎陷。随着肺通气量的减少和换气功能障碍,患者就会出现缺氧等临床症状。

高危人群
原发性气胸高危因素“竹竿型”体型的青少年:身高超过175厘米、体重不足60千克,热衷篮球或游泳等运动的人群更需要提高警惕!这类人群肺部易形成肺大疱(类似轮胎局部鼓包),剧烈运动时可能发生破裂,导致气胸。曾有案例显示,一名青年打完篮球后猛喝碳酸饮料,因打嗝导致胸腔压力骤增,诱发气胸。

长期吸烟者:每日吸烟超过20支且持续10年以上者,其肺组织因长期受到烟雾损伤,弹性纤维遭破坏,类似“被熏黑的破旧渔网”,极易发生肺泡破裂。此类气胸病情更为凶险,可能迅速进展为呼吸衰竭,需要紧急救治。
继发性气胸高危因素
COPD(慢性阻塞性肺疾病)患者:COPD患者的肺泡壁破坏、肺大疱形成,咳嗽或感染时易破裂漏气。有胸部外伤史的人群:车祸撞击、肋骨骨折、锐器刺伤或高处坠落等外伤,均可能直接损伤肺组织。
迟发性气胸者:在临床上,需要特别警惕迟发性气胸。部分患者受伤初期症状轻微,胸片检查结果正常,却在24小时~48小时后突发呼吸困难,突发气胸(因肺挫伤逐渐恶化),极易被误判为“轻伤”而延误救治。
张力性气胸者:外伤后气管偏移、颈静脉怒张,需立即穿刺减压。气胸进展快,易导致呼吸衰竭(因患者本身肺功能差)。复发率高,部分需要手术干预(如肺大疱切除)。
继发性气胸患者往往肺功能储备差,一旦发生气胸,病情凶险。护理患者时,需要重点关注原发病控制、早期识别并发症及预防复发。

对COPD、创伤或术后患者,突发呼吸困难时,应优先排查气胸。
医源性气胸高危因素
胸腔穿刺:穿刺针误伤肺组织(发生率5%~10%)。
中心静脉置管(锁骨下静脉穿刺):操作不当刺破胸膜顶。
机械通气:高压压导致肺泡破裂。
疾病分期
急性期护理(发病或术后1周~2周):绝对卧床休息,避免剧烈活动、用力咳嗽或屏气。采取半卧位,以减轻呼吸困难。避免提重物(>5千克)、剧烈运动或突然体位改变。
恢复期护理(术后2周~6周):逐步增加活动量,以散步、温和的伸展运动为主,远离篮球、足球等对抗性运动,以及举重、潜水、高空飞行等可能增加胸腔压力的活动。术后3个月内避免剧烈运动,6个月后经医生评估后可逐步恢复常规锻炼。
护理要点
病情观察与监测
生命体征监测:密切观察呼吸频率、深度、血氧饱和度及心率变化。若出现呼吸急促(>30次/分)、血氧饱和度下降(SpO₂<90%)、心率增快或血压下降,需要警惕张力性气胸或呼吸衰竭。
症状评估:注意观察胸痛是否加重、有无皮下气肿(触

摸皮肤有“捻发音”)、咯血或发绀。若患者突然烦躁不安、大汗淋漓,可能为张力性气胸,需要紧急处理。
影像学检查:根据医嘱定期做胸片或CT(计算机层析成像)检查,评估肺复张情况(尤其是胸腔闭式引流术后)。
保持呼吸道通畅
体位管理:无症状或少量气胸(<20%),取半卧位或健侧卧位,减轻对患侧肺的压迫。
张力性气胸或呼吸困难者:立即取端坐位,避免平卧加重缺氧。
氧疗支持:给予高流量吸氧(5升~10升/分),可加速胸腔内气体吸收(氧疗可降低血氮分压,促进氮气排出)。
胸腔闭式引流的护理(适用于中大量气胸或复发者)
保持管路密闭:引流瓶始终低于胸腔水平线(防逆流),各接口严格消毒包扎,水封瓶长管液面随呼吸波动(正常波动4厘米~6厘米)。若波动消失,可能提示肺复张或管路堵塞。
观察引流液:记录气体排出量及液体性质(血性液体>200毫升/时,提示活动性出血)。
意外处理:若引流管脱出,立即用手捏闭伤口处皮肤,用凡士林纱布加压覆盖,通知医生重新置管。
疼痛管理
胸痛明显者可遵医嘱使用镇痛药(如布洛芬),避免阿

片类药物抑制呼吸。
咳嗽时,患者可以用手或枕头轻压患侧胸部,减少震动痛。
活动与饮食指导
急性期绝对卧床,避免用力咳嗽、屏气或提重物(防肺大疱再次破裂)。
缓解期渐进活动:肺复张后1周~2周内,避免剧烈运动(如篮球、潜水等)。
饮食建议:多摄入高纤维食物(防便秘),戒烟戒酒,忌碳酸饮料(减少腹胀诱发气胸风险)。
并发症预防
复发性肺水肿:大量气胸患者引流时要控制速度,避免短时间内肺快速复张。
感染:更换引流瓶时要严格无菌操作,观察患者有无发热、脓性引流液。
健康教育与出院指导
高危人群警示:瘦高体型者避免剧烈运动,慢性肺病患者需要控制咳嗽。
紧急情况识别:若突发胸痛、呼吸困难,患者应立即就诊。
随访计划:术后1个月复查肺功能,戒烟者建议参与呼吸康复训练。
自发性气胸复发率高达30%~50%,患者需要提高警惕,尤其是吸烟者和肺大疱未处理者。
(作者供职于郑州大学第三附属医院,本文由何剑烁整理)

■ 心灵驿站

杨靖:让心灵的阳光照进更多角落

□ 丁玲 席娜文/图



杨靖

清晨的阳光刚爬上窗台,一位患有重度抑郁症的中年患者攥着衣角走进郑州市第八人民医院副主任医师杨靖的诊室。杨靖没有立刻开处方,而是拉过椅子让患者坐下,亲切地问:“您最近睡得怎么样?”轻声细语间,患者紧绷的神经渐渐松弛——这是杨靖从医的日常。
从大别山到诊室:一场始于“无奈”的终身奔赴
出生于信阳罗山大别山脚下的杨靖,与医学的结缘带着几分时代的印记。

“当年农村娃出路少,父母都盼着我能端上‘铁饭碗’,班主任帮着我选了精神医学专业。”杨靖坦言,最初对这个要和精神疾病患者打交道的职业充满误解,直到在湖南医科大学的课堂上,授课老师杨德森教授的一句话点醒了他:“精神疾病患者是被心灵困住的人,医生就是开锁的钥匙。”
1993年,杨靖参加工作时,精神科还是“冷门”的学科。在一次值夜班时,杨靖被躁狂症发作的患者推倒在地,额头流出鲜血。杨靖又在患者清醒后收到一张歪歪扭扭的道歉纸条。那时候,杨靖才明白这些患者不是故意伤害人,是病痛令患者失控。
如今,杨靖的办公室墙上挂满了锦旗。其中一面写着“心病还需心药医”的锦旗,来自一位曾试图轻生的抑郁症患者。“杨主任不光开药,每周都会跟我聊半小时,从工作压力聊到小时候的趣事儿,像家里的长辈一样。”患者的话,道出了杨靖“用药更用心”的行医准则。

以敬畏之心行医:在援疆路上读懂医者责任
“学医须生敬畏心,致精致微无止境”,这是杨靖常挂在嘴边的话。作为中国中医药研究促进会精神卫生分会委员,杨靖深耕中西医结合治疗精神疾病领域,擅长用“话疗+药疗”破解精神分裂症、焦虑抑郁症等疑难杂症。但真正让杨靖对“医者责任”有了更深理解的是2024年的援疆经历。
在新疆生产建设兵团第十三师红星医院,杨靖遇到过拒绝治疗的儿童,也见过因用药不当而病情加重的老人。
“当地有个老人罹患抑郁症,病情一旦加重就擅自增加药量,久而久之,药越吃越多,病情越来越重,患者非常痛苦。诊断清楚后,我给患者调整了药方,精准用药。1个月后,患者的病情明显好转。半年后,患者恢复了健康。”提起援疆期间救治过的患者,杨靖对这位老人的记忆犹新。

援疆期间,杨靖救治患者4000多人次,病房会诊600多名患者,带教了多名当地医生,留下一套“心理危机干预流程图”。“新疆的同事说,以前遇到患者哭闹就紧张,现在知道先递杯水、拍拍肩……”这种“传、帮、带”的成就感,让杨靖愈发坚信:“医生不仅要治病,更要播撒让患者有尊严生活的种子。”在新疆,让他深刻理解并践行了“医者仁心,与人为善”的真谛。
从古籍中寻智慧:探索精神健康的新路经
“西方的认知行为疗法,其实《论语》里‘吾日三省吾身’就有雏形,王阳明先生的‘知行合一,致良知’已得诠释;正念疗法的源头,不就是道家的‘坐忘’吗?”在杨靖的书架上,一半是《精神病学》《精神疾病诊断与统计手册》《心理治疗》等,另一半是《黄帝内经》《道德经》《心学》《心理学史导论》《中医心理学》等。在他看来,摆脱当

代人精神困境,需要在传统文化中找钥匙。
杨靖曾用“五行情志疗法”为一名焦虑症患者治疗:“患者总发脾气,按中医‘怒伤肝’理论,引导患者每天练习八段锦,再配合疏肝解郁的中药,3个月后的患者,情绪明显平稳。”这种尝试,源于杨靖对“治未病”的执着。
“最好的心理疗愈,离不开自我修复,心理问题源于生活,也必将在生活中治愈。可能藏在陪父母聊天、带孩子晒太阳等日常生活中。”杨靖常对学生说,比起开出处方,更重要的是教会人们“好好吃饭、好好睡觉、好好说话”。
从大别山走出的少年,到守护患者心灵的医者,杨靖的30载医路,恰似诊室窗外的那一棵梧桐树——默默扎根,在患者需要时,撑开一片可以安心停靠的绿荫。正如他所说:“能让一个人重新笑起来,能让一个家庭重归安宁,这就是我这辈子最值得的事。”

■ 护理管理

责任制护理的温度与精度

□ 马艺玮 郭琪 苑晓丹

清晨,护士长伫立在护士站白板前,目光扫过所负责的患者姓名,每位老人的护理要点都在脑海中清晰地浮现。
3床张老太太需要重点监测血氧饱和度,5床王老先生要留意皮肤状况,7床李女士家属预约了下午的磁共振检查。
这样的场景,在陆军第83集团军医院老年病科早已成为日常。
从“轮班交接”到“全程负责”
在传统护理模式下,护士依功能分工,患者每日面对不同的面孔,护理工作如同流水

作业。而责任制排班则以“定人定岗”为原则,在护士与患者间缔结长期专属联系。每位护士固定负责特定的患者,从入院评估开始,到出院随访收尾,实施全程跟踪照护;每日排班时,优先保障责任护士在岗。此模式打破了流水线护理的桎梏,将“谁在岗谁负责”转变为“谁在岗谁负责”的护理实践。
精细到“细胞”的护理实践
在陆军第83集团军医院,责任制护理的精细化主要体现在3个维度。
个性化档案 为每位患者建立动态健康档案,详实记录用药过敏史、睡眠习惯乃至情绪波动规律,并随病情与状态变化持续更新。
预警式照护 责任护士凭借长期观察,对患者细微变化拥有敏锐的感知力。例如,王护士察觉张老先生饮水量减少后及时排查,成功识别并干预了隐性脱水风险,真正做到防患于未然。
全流程衔接 在责任制护理模式下,责任护士作为照护

链条的“核心枢纽”,实现了全流程无缝衔接。从医疗处置、生活护理到康复训练、家属沟通,责任护士统筹协调各环节,确保照护工作有序、高效推进。
让家属看得见温度
该模式在陆军第83集团军医院老年病科成效显著:压疮发生率下降60%,家属满意度攀升至99%。这不仅是效率的提升,更体现了服务精准化与人性的深化。
其中,“让家属看得见的温度”尤为关键——护理人员为失智老人制作记忆相册,为每

位老人送上生日祝福等超越技术范畴的人文关怀,源于长期陪伴建立的深度理解,赋予了护理工作更丰富的内涵。
由此可见,责任制护理绝非简单的排班方式调整,而是护理理念的全面进阶。它以“定人定岗”为基础,将护理工作从“完成任务”转变为“全程守护”,让每位患者拥有“专属守护者”。这不仅显著提升了工作质量与效率,更让“老有所护”的理想图景逐步成为现实。
(作者供职于陆军第83集团军医院,本文由常俊伟整理)

位老人送上生日祝福等超越技术范畴的人文关怀,源于长期陪伴建立的深度理解,赋予了护理工作更丰富的内涵。
由此可见,责任制护理绝非简单的排班方式调整,而是护理理念的全面进阶。它以“定人定岗”为基础,将护理工作从“完成任务”转变为“全程守护”,让每位患者拥有“专属守护者”。这不仅显著提升了工作质量与效率,更让“老有所护”的理想图景逐步成为现实。
(作者供职于陆军第83集团军医院,本文由常俊伟整理)

征稿

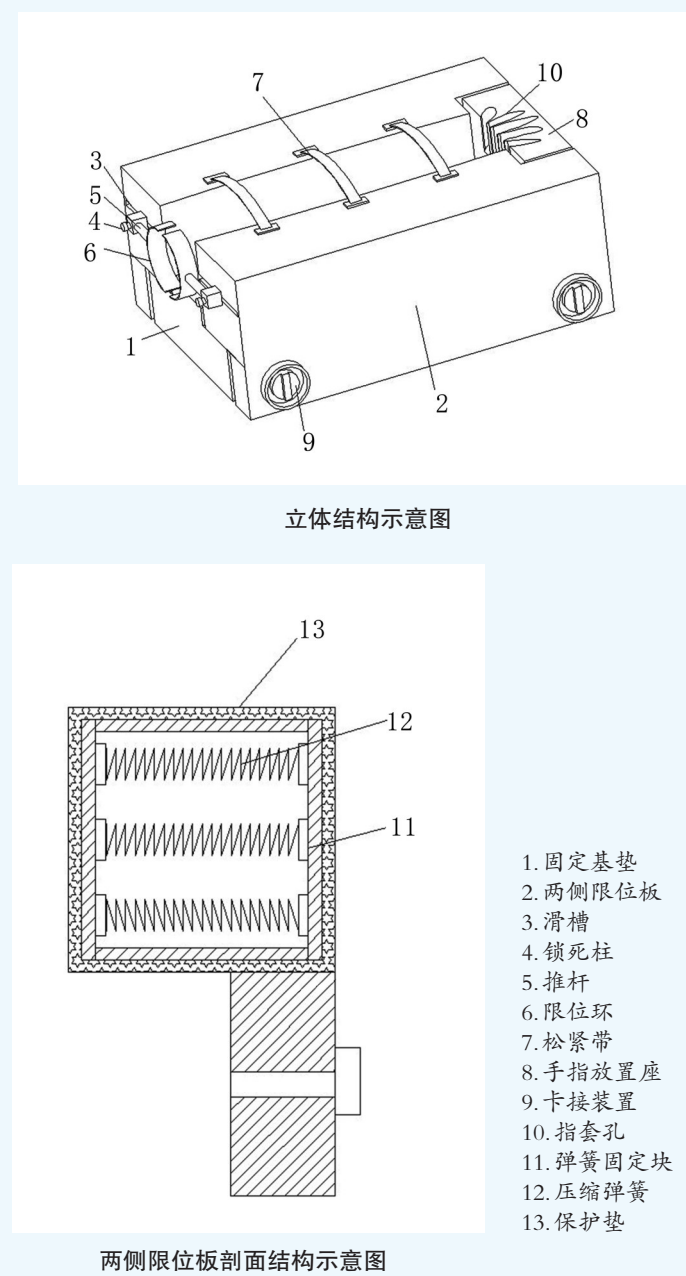
你可以谈一谈护理工作的《小发明》(请将你的小发明拍心得体会,在护理方面取得的成图片,并附上文字说明),《护新进展,对某种疾病的护理思路以及对手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!
联系人:徐琳琳
投稿邮箱:xulin1234

一种神经内科护理用上肢位摆放装置

□ 李艳丽 文/图

■ 小发明

设计背景
在神经内科上肢位摆放的治疗过程中,责任护士需要频繁为患者摆放上肢位,并教会患者家属操作方法。然而,患者在保持摆放姿势时往往难以维持原状,一旦发现姿势不正确,护士需要重新摆放,这显著增加了护士的工作量。由于护士无法24小时在患者身边,常常需要嘱咐患者家属进行监督,这又增加了家属的工作负担并可能引起其不满。因此,亟须一种解决方案,能在保证患者舒适的前提下,提高患者的依从性,从而解决上述问题。
解决问题
针对现有技术的不足,笔者设计的一种神经内科护理用上肢位摆放装置,旨在解决背景技术中提出的护士工作量大、家属负担重以及患者依从性差的问题。
技术方案
这种神经内科护理用上肢位摆放装置,通过以下技术方案实现设计目标。
固定基垫的左右两侧均设置有阶梯台,并通过卡接装置活动连接有两侧限位板。两侧限位板的一侧设有滑槽,滑槽内部滑动连接有锁死柱。锁死柱的外表面螺纹连接有移动块,该移动块的一侧固定连接有推杆,推杆的另一侧固定连接有限位环。两侧限位板的上表面固定连接有松紧带固定座,松紧带固定座内部活动连接有松紧带。两侧限位板的左右两侧均固定连接有加固件,加固件内部插接有卡接装置。固定基垫的一侧固定连接有手指放置座,手指放置座的上表面开设有指套孔。
材料设计
固定基垫、两侧限位板和手指放置座的内部均固定连接有弹簧固定块,弹簧固定块一侧固定连接有压缩弹簧,压缩弹簧的另一端固定连接有限位块。
固定基垫、两侧限位板和手指放置座的外表面均固定连接有保护垫,该保护垫的材质为海绵。
固定基垫和两侧限位板的内部均开设有卡接孔,卡接孔内部卡接有卡接装置。卡接装置包括定卡柱和活动卡柱,定卡柱内部卡接有活动卡柱。
定卡柱的一侧固定连接有旋转盘,旋转盘的一侧固定连接有旋拧条,定卡柱的外表面固定连接有限位环。
活动卡柱的一端固定连接有限位环,活动卡柱的一侧固定连接有限位环,活动卡柱的外表面开设有卡槽。
有益效果
这种新型神经内科护理用上肢位摆放装置具备明显的优势。
通过固定基垫、两侧限位板和手指放置座的配合,该装置能够有效固定上肢位,促进患者康复。同时,固定基垫、两侧限位板和手指放置座外表面包裹的海绵保护垫,显著提升了患者的舒适度。
通过滑槽、推杆、限位环和松紧带的配合设置,该装置能够根据患者肢体的胖瘦调整锁紧角度,适用于不同人群,提高了实用性和普适性。此外,该装置结构简单、使用方便,便于大规模推广应用。
(作者供职于郑州人民医院)



两侧限位板剖面结构示意图