

## 《现代医院》杂志栏目

现代化纵论 | 专业技术篇

学科进展 | 论著·论述

实验与应用研究 | 临床经验

传统医学 | 医技诊疗

临床药学 | 护理技术

心理医学 | 医改实践

质量管理 | 应急管理

文化建设 | 人力资源

后勤支持 | 信息服务

社区卫生服务 | 预防保健

医师手记 | 港澳台链接

科技新知 | 辞海查新

院刊集锦 | 医院采撷篇

**杂志社服务电话**

020—83310901  
83310902

## 历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

文章标题

所有栏目



## 肌萎缩侧索硬化晚期患者吸痰的护理体会

[ 作者: 广东省中医院 丁美祝 刘娟 ] 来源: 本站原创 阅读数: 203

**【摘要】** 肌萎缩侧索硬化(ALS)是一种逐渐进展的运动神经元变性病,病因尚不明确。目前ALS仍缺乏有效的药物治疗停止或逆转运动性神经元的缺失,确诊后存活期一般为3~5年,大多数ALS患者最终死于呼吸衰竭,无创正压通气技术及气道护理可提高患者的生存时间和生活质量。加强ALS患者呼吸辅助及管理的关键是做到合理、有效、安全的吸痰,做好患者的心理护理,建立有效的沟通方式。

肌萎缩侧索硬化(amyotrophic lateral sclerosis, ALS)是一种以脊髓前角和脑干运动神经核上、下运动神经元丢失、变性的神经系统疾病,其特征为进行性运动功能丧失,随着病情的进展,常累及呼吸肌,出现呼吸肌无力、通气不足,口咽分泌物增多,或合并肺部感染等呼吸系统并发症,而患者咳嗽无力、不能排出分泌物,常出现上呼吸道梗阻,晚期终因呼吸衰竭而死亡,病程仅3~5年[1]。目前本病病因未明,尚无有效的方法治愈或阻止其病情发展,近年研究表明呼吸支持,尤其是无创正压通气技术及气道护理在本病治疗中起到重要作用,可提高患者生活质量、延长生命。合理、有效、安全的吸痰直接影响患者通气及辅助通气的治疗效果[2]。我科于2007年6月至2010年1月期间共收治9名ALS晚期患者,所有患者均出现不同程度的呼吸肌受累表现,其中6人行无创辅助通气治疗,3人行机械辅助通气治疗,其中一名患者曾2次成功脱机,1名患者1次成功脱机,1人无法配合无创正压通气治疗并拒绝插管死于呼吸衰竭。我们结合多年对ALS晚期患者吸痰护理经验,总结以下体会:

### 1. 做到合理、有效、安全的吸痰:

将患者呼吸道内滞留的分泌物吸出,对维持呼吸道通畅、改善通气、防治感染,具有重要作用。在吸痰过程中,因供氧中断可导致缺氧或低氧血症;吸痰时间过长,压力过高或吸痰管过粗可导致肺不张;其他的并发症如:气管痉挛,心律失常,颅内压升高,呼吸道粘膜损伤等。因此为了预防上述并发症的发生,保持呼吸道的通畅,操作者必须掌握安全、有效的吸痰技术。

#### 1.1 选择正确的吸痰时机

护士应按听诊患者双肺呼吸音,每30分钟1次,做到准确及时的吸痰[3]。严密观察患者意识,面部、口唇及肢体末梢色泽,采用心电监护仪持续观察心率、呼吸、血压及血氧饱和度的变化,并定期进行血气分析,以便发现异常及时处理。有些病人需要每小时,甚至更短时间1次,而有些病人只需每4小时或更长时间吸痰1次。吸痰过程中不仅要密切观察心率、血氧饱和度的变化,更要注意患者面部表情、口唇、面色等变化,并以此判断吸痰的时间。

#### 1.2 选择合适的吸痰管

要选用一次性吸痰管(塑料或防静电塑料吸痰管),吸痰管硬度适中,过软易被负压吸扁而影响吸引,过硬易损伤气道黏膜。吸痰管的内径不超过气管内径的1/2,过粗会影响通气,患者感到憋气,过细则吸痰不畅,一般用10~12号吸痰管。吸痰管的长度为40~50cm,太短不利于吸气管深部的痰。吸痰管要有几个侧孔,以减轻负压,减少粘膜损伤。

#### 1.3 吸痰前后给予充分吸氧

吸痰前后根据患者情况予以吸人纯氧1~2 L/min,避免或减轻患者因吸痰而造成的胸闷不适感或低氧血症,避免加重病情。机械通气者,若病人肺功能正常,通气时间不良,吸痰前加大吸氧浓度,一般为100%,不必过度通气,吸氧后立即吸痰,血氧饱和度不致下降。

#### 1.4 吸痰的吸力和深度

1.4.1 吸痰前先将吸痰管置于无菌盐水中,以测试导管是否通畅和吸引力是否适宜。吸痰负压指标根据痰液的数量、粘稠度及深度等情况随时进行调整,吸引负压掌握在40~53.3kPa。

1.4.2 吸痰管插入深度应超过气管插管(或套管)内口1~2cm,进管时阻断负压。根据听诊判断痰液位置,并通过体位引流、叩击背部,使痰液由细支气管流入大气道,使吸痰干净、彻底,减少吸痰次数。根据呼吸道解剖,从鼻腔至咽喉部长度一般为10~15cm,气管长度约9~12cm,结合解剖正确判断吸痰管插入的深度及位置,将吸痰管徐徐插入气管导管,直到有阻力感或估计吸痰管接近气管导管末端时,开放负压,边吸引、边旋转、边后退吸痰管,不要上下提拉,鼓励患者咳嗽,吸痰动作要轻柔、迅速,每次吸痰时间不超过15s,以免损伤气道粘膜,造成粘膜糜烂溃疡。由于解剖关系,吸痰时导管易插入右支气管,如需行左支气管吸引,应将病人头部转向右侧,由于气管和食道相邻,为防止吸痰管误入食道,应该使患者头部尽量后仰。痰量多时,切忌一次长时间吸引,应间隔休息3min以上[4-5]。

#### 1.5 痰液粘稠度的判断与处理

每次吸痰时注意观察患者痰液的粘稠度，肌萎缩侧索硬化晚期患者的痰液多属于Ⅰ度或Ⅱ度[6]，这是由于其合并严重的球部症状，不能自主吞咽，从而无法将分泌的唾液吞咽入肚所致，积存于口腔所致，所以晚期患者多表现为流涎，痰液较稀。这也是肺部感染的源头，患者痰涎含有口腔内的各种细菌，误入气道，容易引起肺部感染。如果患者痰液变粘稠可能是肺部感染的表现。所以应该帮助患者校正头位，将头部偏向一侧，尽量清除分泌物，防止痰涎误入气道，造成肺部感染。

## 2. 做好心理护理

由于本病目前尚无有效疗法，进展快，且呈进行性加重，仅以支持及对症疗法为主，需使用呼吸机进行辅助通气，患者均表现出焦虑、恐惧、忧郁、悲观、失望等心理。肌萎缩侧索硬化合并呼吸衰竭属于病程的末期，患者因四肢肌肉萎缩无力，导致生活自理能力逐步丧失，构音困难导致语言功能丧失，咀嚼肌及舌肌萎缩，导致咀嚼无力、吞咽困难，由进食呛咳到不能进食，直接威胁着患者的生命。患者因神志清楚而倍加痛苦和恐惧，而情绪的安定与否将直接影响到患者呼吸功能的恢复[3]。给予ALS患者更多的精神关怀，更有益于延长生命。护理人员要耐心细致地做好解释工作，多与患者交流，帮助其解决实际困难。

2.1 因为吸痰是一项潜在损伤性操作，操作者应做好解释工作，取的配合，使患者尽快改善通气，防止并发症的发生。

2.2 运动神经元病患者神志清楚，对于不配合吸痰的患者要注意固定好头部，使气管套管位于气管的正中，防止吸痰时由于患者的反抗，引起气管套管移位而引起吸痰管插入困难。

2.3 加强健康教育 做好患者及家属有关疾病相关知识的健康教育，指导患者及家属对ALS有正确的认识，帮助病人树立坚强的毅力，乐观的态度，学会用积极的心理防御机制进行心理平衡的自我调节。耐心照顾好患者的生活起居，做好生活护理，为患者创造温暖、整洁、有序的休养环境。

## 3. 建立合理有效的沟通方式

虽然患者神志清楚，但由于构音障碍，持续辅助通气，无法用语言沟通，我们对患者加用唇语、表情、动作。如“眨眼”表示吸痰，“摇头”表示暂不吸痰，“皱眉”表示“不舒适”等。每次吸痰时均与患者沟通，训练其用眨眼动作，用闭眼和睁眼来回答护理人员的闭合性问题，及时了解患者的心理感受和需求并给予满足。

## 参 考 文 献

- [1]吕传真,蒋雨平.肌萎缩侧索硬化的诊断标准.中华神经科杂志,2001,34(3):190.
- [2]刘俊,邢春光,刘云霞.高龄病人气管切开后应用机械通气的护理体会.现代中西医结合杂志,2005,14(4):522
- [3]梁玮,刘丽.呼吸物理学疗法在机械通气患者中的应用.实用护理杂志,2005,21(12):19.
- [4]邢凤春,于秀兰.吸痰时机及操作方法的探讨.实用医技杂志,2004,11(6):957.
- [5]罗先伟.运动神经元病合并呼吸衰竭患者的护理.实用医技杂志,2007,14(22):3078~3079.
- [6]刘雪琴.临床护理技术规范(基础篇)[M]:广东:广东科技出版社,2007:277.

## 个人简介:

丁美祝 女 1976年4月出生，籍贯广西桂林，最高学历：护理本科；

职称：主管护理师，职务：护士长，研究方向：中西医结合护理

联系电话：020—39318480（单位）

15013108325（手机）

通讯地址：广东省中医院大学城医院神经四科 510006

邮箱：Dingmeizhu@163.com

1