

呼吸内科无痛支气管镜护理配合与护理体会

文莲兄

(西宁市第二人民医院, 青海 西宁 810000)

【摘要】目的: 探讨无痛支气管镜在呼吸内科的应用, 为临床提供有效的护理措施。方法: 从我院呼吸内科 2019 年 1 月-2020 年 10 月接受支气管镜检查治疗的患者中随机抽取 60 例, 进行无痛支气管镜检查, 并配合内镜医师进行患者临床护理。结果: 4 例患者有轻微的呼吸抑制, 血氧饱和度降低, 通过增加氧流量, 抬高下颌等措施, 改善了上述问题, 脉氧恢复正常。1 例病人的心律失常, 达到 50 次/分, 临床上立即停诊, 用阿托品肌注 0.5 mg。结论: 在呼吸内科使用无痛支气管镜进行诊治时, 采取行之有效的护理措施, 可以减少病人的并发症, 提高病人的生活质量, 是一种很好的临床方法。

【关键词】呼吸内科; 无痛支气管镜; 护理配合; 护理体会

前言: 随着现代医学技术的发展, 支气管镜已经成为了呼吸内科不可或缺的一种检查和治疗手段, 该检查是一种侵入式检查, 会给患者带来一定的痛苦和风险, 需要医患之间的相互配合。在临床上, 一般采用的都是局部浸润麻醉的方式来减少患者的痛苦感受。但是, 患者在支气管镜之前, 由于对该检查方法不够了解, 因此很容易出现恐惧、紧张等临床情绪, 从而对支气管镜的完成产生影响。同时, 在检查过程中, 病人很容易出现恶心、呕吐、咳嗽和躁动等症状, 从而加重病人的痛苦情绪。也有一些患者由于不能忍受有异物侵入的感觉而被迫停止支气管镜的使用。为此, 临床上提出了一种新型的支气管镜检查方法, 它可以有效地提高病人的遵从性, 减少病人的不适反应。本文对 60 例支气管镜患者进行了无痛检查, 并在此基础上采取了行之有效的护理措施。

一、资料与方法

(一) 一般资料

从我院呼吸内科 2019 年 1 月-2020 年 10 月范围内接受支气管镜检查治疗的患者中, 随机抽取 60 例, 进行 1-60 编号, 其中男女性别数量比为 1:1, 平均年龄 (59.46 ± 4.82) 岁, 入选患者均进行无痛支气管镜检查和治疗。

(二) 诊疗方法

护理人员遵照常规内镜检查的要求, 展开检查前的准备工作, 为患者建立静脉通道, 测量患者氧饱和度、血压以及心率, 并给予患者常规吸氧。内镜医生会根据病人的病情来选择合适的镇静剂, 通常是先给病人芬太尼 0.025-0.5 mg, 2.5-3 mg, 待镇静止痛效果明显后, 再给病人做支气管镜, 在诊断结束后, 护士会继续监测病人的心率、血压和指脉氧, 直至病人彻底苏醒。

(三) 护理方法

1. 诊前护理: (1) 心理护理: 在进行诊疗之前, 护理人员要跟病人保持良好的沟通, 向病人解释有

关的诊疗知识, 减少病人对支气管镜诊疗的恐惧和紧张。(2) 告知风险: 由于镇静剂对病人的循环和呼吸有一定的影响, 部分病人在使用后会产生呼吸抑制的副作用, 因此, 在进行治疗之前, 护士要向病人说明治疗的相关风险, 并要求病人签署知情同意书。(3) 术前准备: 护士先询问病人的病史, 看病人有无镇静、止痛药过敏史。在手术前 6~8 小时, 病人不能吃, 要在手术前建立静脉通道, 并让病人等候检查结果。准备好诊断和治疗所需要的物品, 比如镇静止痛药物、吸痰器、氧气、心电图监测仪等有关设备。(4) 患者准备: 患手术者平卧, 用利多卡因给病人做表面麻醉, 然后给病人输氧, 松开病人的衣领, 将病人的四肢固定好, 防止病人从病床上摔下来。

2. 诊中护理: 在诊断和治疗的过程中, 护士要注意观察病人的反应, 一旦发现病人有什么不对劲的地方, 就要立即采取有效的措施。在检查时, 护士和内镜医生的合作关系将直接影响到诊断和治疗的效果。具有较好的镇静和镇痛作用, 可以减少病人对支气管的刺激, 提高病人的塑像品质。

3. 诊后护理: 在诊断和治疗结束后, 护士要为病人穿好衣服, 为病人擦拭面部粘液, 并做好相应的护理交接工作。注意观察病人有没有出现恶心、呕吐等不适的情况, 等病人完全清醒, 可以清楚地回答问题后, 建议病人两小时后再喝水吃东西。

二、结果

选择 60 名病人, 使用支气管镜治疗很成功, 病人的生命体征都比较平稳, 有些病人在注射镇静剂后, 会有轻微的疼痛, 有四名病人会有轻微的呼吸抑制, 血氧饱和度会有暂时的降低, 通过增加氧气流量, 抬高下巴, 很快就会恢复正常。1 例病人的心率降至 50 次, 立即停止支气管镜检查, 用 0.5 mg 的阿托品肌注, 使病人的心率恢复到正常水平, 并进行了支气

管镜检查。全部病例都顺利进行了气道镜检及治疗。

三、护理体会

在临床上,在使用无痛支气管镜进行诊疗操作的时候,要求医护人员要有良好的合作精神,对内镜检查要进行熟练的操作,这样才能有效地减少患者临床并发症的发生,缩短诊疗时间,减少患者在诊疗过程中的不适反应。在检查的时候,护士要注意观察病人的脉搏、呼吸等方面的变化,以便能够及时地发现病人的异常状况,并及时地进行治疗。

心率减慢、血压下降、呛咳、呼吸抑制、注射部位疼痛等都是无痛支气管镜检查后常见的并发症。由于镇静剂对血管有一定的刺激作用,因此在静脉给药时尽量选择比较粗的静脉。在临床上,我们发现4位病人出现了呼吸抑制。因此,在诊断治疗前,护士要对病人的血压、心率进行测量,同时还要对病人的心电图进行监控,以便及时处理病人的不良反应。

(一) 并发症

1. 过敏

在进行支气管镜检查时,必须详细了解病人的药物过敏史,尤其是术中使用的麻醉剂。在全麻期间,对被检者进行严密的观察。如果发生了过敏反应,应该按照药物过敏的情况进行治疗,比如给氧、肾上腺素、地塞米松等,同时还要根据具体情况,及时进行支气管镜检查。

2. 出血

出血是最普遍的合并症。在进行支气管镜检查之前,首先要进行的是血小板计数、凝血机制等方面的检查。尤其是在问诊时发现出血史者;有咳血需要做支气管镜的病人,应该在咳血得到控制后再做。要求操作人员的动作要轻柔、灵活;在做病灶活检之前,需要用支气管镜注射1 mg的肾上腺素和40 ml的生理盐水,这样可以让局部病变的血管有收缩的作用,取材的时候尽量不要有血管。如果在支气管镜下发现有明显的出血,可以通过支气管镜的抽吸孔对其进行局部灌洗和抽吸,然后再注射肾上腺素溶液或者是注射用血凝酶来止血。如果再次出现大出血,需要将病人带到出血的一侧,这样可以防止血液流入对侧的支气管,避免出现大出血。再用4℃冰冻生理盐水冲洗,大部分病人都能成功地止血。对于大量失血的病人,可给予垂体后叶素类等止血药物,暂时留置观察。患者情况稳定后,回到病房。

3. 喉头痉挛

这种情况多发生在支气管镜的局麻效果不理想、操作粗糙、病人过于恐惧、紧张等情况下。病人有明显的呼吸困难和缺氧的症状。如病情较轻,可经支气管镜抽吸孔灌入;当出现喉头痉挛的情况时,需要及时地将支气管镜取下,然后让病人多休息,多给氧气,这样可以缓解体内的缺氧状况。视病人病情,适当地应用地塞米松,以减轻病人的痛苦。

4. 低氧血症

在进行气道镜检查时,因为支气管镜会占用气管的部分空间,再加上气道的反应性增加,会导致气管尤其是支气管的痉挛,从而导致动脉血氧分压降低,最终导致低氧血症。所以,当受检者的动脉血氧分压在8.00~9.33 kPa(60~70 mmHg)时,在进行支气管镜检查之前,为了避免出现缺氧的情况,应该给予吸氧,并保持到检查完毕。在进行支气管镜检查的时候,如果发现病人出现了明显的缺氧发绀,应该马上停止检查,并且给予氧气,直到病人的缺氧情况得到缓解。

5. 喘息

在进行支气管镜检查时,会对气道造成刺激,导致出现广泛的细支气管痉挛。对于有哮喘史的患者,不论有无临床表现,在接受支气管镜检查之前,都应给予氨茶碱作为预防措施。在进行支气管镜检查时,如果发现有哮喘的征兆,就应该马上停下来。视患者情况给予吸氧,静脉注射地塞米松,直到患者完全恢复。

6. 窒息

这种情况在肺功能不全合并肺叶完全性不张时比较常见。多见于支气管镜检术。对于此类病人,应注意麻醉充分,手法轻柔,时间不能太久。并在氧气充足的情况下,密切注意病情的发展。如果是由于咽喉部痉挛引起的,可以参考咽喉部痉挛的治疗方法。如果是由大出血引起的,则参照大出血的处理方法。

7. 气胸

在进行支气管镜活检的过程中,也可能在活检之后出现气胸。这是因为活检的时候,对脏层的胸膜造成了损伤。病人有胸部疼痛,呼吸困难,缺氧等症状。防止措施:除了严格遵守操作规程,明确适应症、禁忌症,钳夹时,如病人有胸痛,应立即放开钳夹,另选位置进行病理检查。病人发生胸痛时,必须引起足够的重视。手术结束后,必须进行常规的胸部X光检查,以明确是否存在气胸。每4小时做一次透视。如果发生了气胸,应该按照气胸的症状进行治疗。

(二) 术前护理

1. 检查药品及器械

做好每日所需应急药品的清点,确保药品充足,无过期药品。另外,还需要将活检钳、开口器、简易呼吸器、氧气、气管插管、活检毛刷等都要做好支气管镜检查的准备工作。要对仪器中的各个管道的接口进行及时的检查,看有没有松动或断裂的现象,如果有,要立即采取相应的对策,保证吸痰器、心电监测仪、脉氧检测仪等检查仪器的状态和性能都很好,保证支气管镜面及电视显示图像清晰,并及时对器械进行清洗、消毒和保养。如有需要,应预先准备好心肺复苏设备。

2. 确认患者病情

护理人员要对支气管镜检查的相关知识以及具

体的操作流程有充分的了解,还要对患者的之前基本病史和药物过敏史展开详细的询问,阅读患者的CT片或胸片、凝血功能、乙丙肝、心电图、艾滋病毒、梅毒等报告,对患者基本生命体征进行全面的了解,确定是否有支气管镜检查的禁忌症,并对可能出现的并发症采取积极的防御措施。如果患者有严重的心律失常,主动脉瘤,高血压,药物过敏史,心肌梗死,尿毒症,哮喘急性发作,凝血功能障碍等症状,都是不能做的。

3. 患者术前准备

做支气管镜前4小时内不能进食和饮水,如果是带义齿的病人,必须在做支气管镜前将义齿取下,以免引起呼吸困难。手术前半个小时,为了降低支气管分泌物的生成,防止迷走神经反射,需要在手术前半小时肌肉内注射阿托品0.5 mg。不能服用影响呼吸功能的药物,如杜冷丁、吗啡等。如果是精神极度紧张的病人,可以肌肉注射10 mg的地西洋。在麻醉期间,要尽可能的张口,缓慢而深的吸气,用鼻子呼气,同时要注意是否出现咳嗽、流泪、荨麻疹、打喷嚏等症状。对于比较严重的病人,为了保证急救药物能够及时地使用,需要在手术之前先将脉氧检测仪和心电监测仪连接起来。

4. 患者心理护理

因为大部分的病人都没有足够的医学知识,所以当他们的第一次接触到支气管镜检查的时候,就会出现紧张、焦虑、不安的情绪。要消除病人的疑虑,增加他们的安全感,增加他们的自信,因此,护士要有一种专业而又娴熟的技能,对病人要有责任心,有爱心,给予病人最大的心理安慰。细心、耐心地做好护理,可以让病人在一种轻松的心情中接受检查。

(三) 术中护理

1. 体征监护

在进行检查时,要对病人进行血压、氧饱和度、心律等方面进行监测,使病人的氧饱和度保持在90%以上,以减少检查时发生心律失常的可能性。如果病情较重,或者是有较重的心肌梗塞史,需要进行常规的心电监测。

2. 护理操作

患者应该选择仰卧位,将肩部垫起,头部稍向后仰,抬起下颌,保持呼吸平稳,打开颈部衣扣,清洁双侧鼻腔,在支气管镜下端涂上无菌硅油,以减轻入镜时产生的摩擦力,之后选择经鼻插镜。在进入声门前,可注射2 ml 2%利多卡因,对其进行局麻,让其对支气管镜有一定的适应能力。做完这一切后,让患者保持静止,张开嘴,让他能更好地通过支气管镜。另外,在支气管镜进入气管的时候,患者可能会出现恶心、呼吸困难等症状,这是一种正常的生理现象。要注意观察病人的表情、呼吸情况,注意监测仪的

心律、氧饱和度、血压等,及时清除口中的分泌物,保证呼吸的通畅。将支气管镜插入气管内,立即分批注射2%的利多卡因,对气管和两侧的支气管粘膜进行麻醉,待1-2分钟后继续手术,如果在手术中出现任何异常现象,要立即向医师报告,立即中止手术,并做紧急处理。

3. 活检配合护理

如果发现活检点有出血倾向,可以先注射1 ml 10000 去甲肾上腺素2 ml。当活检钳入支气管腔后,要告诫病人要避免咳嗽,减少呼吸的频率,并要时刻注意观察活检钳入支的位置。如果病人有严重的咳嗽,应该立即将活检钳关闭,然后迅速将活检管收回,避免对肺部造成伤害。

(四) 术后护理

1. 术后一般护理

在完成了检查并取出了气道镜片后,应该给病人擦去分泌物。建议病人卧床或静坐30分钟,2-3个小时后才能吃东西、喝水,以免呛到。注意多休息,少说话,不能剧烈咳嗽,也不能咳痰。要密切关注有无出血、气胸、呼吸节奏、频率等的变化,一旦出现异常,立即进行急救。其中,呼吸困难的病人应该先进行氧气供应,待病人的不适感完全消失后,才可以由家属陪同离开。

2. 特殊情况护理

支气管镜活检查有少量咳血是正常的。通常不需要特别的治疗,多是痰中带血,一至三天即可自行愈合。如果病人出现了咳血现象,就应该及时采取相应的措施,并给予及时的救治。

总结来说,在临床上,对患者进行无痛支气管镜诊疗依然存在着一一定的风险,而且患者很容易出现相关的并发症。但是,护理人员与内镜医生之间良好的合作,可以有效地降低患者并发症的发生率,缩短临床诊疗时间,提升诊疗安全性。

参考文献:

- [1] 李玉,陈蜜柔,邹丽华.盐酸羟考酮联合丙泊酚在无痛超声支气管镜检查中护理体会[J].实用临床护理学电子杂志.2018,(18):24-25.
- [2] 杨玉浩.无痛纤维支气管镜检查156例护理体会[J].心理医生.2017,(21):36-37.
- [3] 马绪伟.158例无痛电子纤维支气管镜检查的护理体会[J].医学信息.2016,(27):161-162.
- [4] 李玉,陈蜜柔,邹丽华.盐酸羟考酮联合丙泊酚在无痛超声支气管镜检查中护理体会[J].实用临床护理学电子杂志.2018,(18):124-125.
- [5] 杨玉浩.无痛纤维支气管镜检查156例护理体会[J].心理医生.2017,(21):98-99.
- [6] 马绪伟.158例无痛电子纤维支气管镜检查的护理体会[J].医学信息.2016,(27):161-162.