

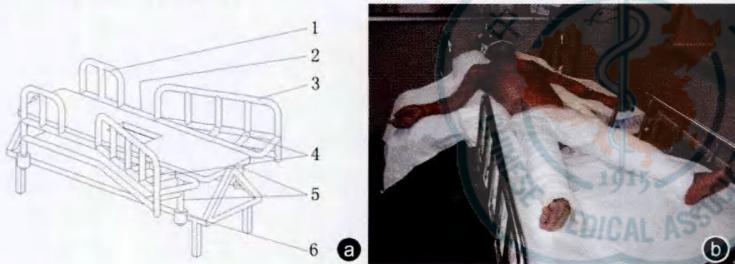
介绍一种自制翻身床床栏

金伟英 孙建平

目前烧伤病房使用的翻身床无床栏。为降低患者坠床的风险,常使用床档,实行专人看护^[1]。笔者单位 1999 年开始将自制护架应用于翻身床,并由最初的木制护架改良为插入式不锈钢床栏,发挥了有效的防护作用,现介绍如下。

1 翻身床床栏的制作

一套床栏由 2 只组成,安装于翻身床左右两侧。每只床栏由床栏主体、安装脚、床栏架座抱箍以及固定插槽构成。(1)床栏主体:由空心不锈钢条焊接而成,总长 180 cm,其中床栏头部长 25 cm、空档部分长 60 cm、床栏脚部长 95 cm,床栏高出翻身床床面 30 cm。床栏脚部可呈扇形向外展开 20 cm,床栏安装脚高 30 cm。(2)床栏架座抱箍和固定插槽:架座抱箍焊接于翻身床床脚,固定插槽为一盲端空心管,可插入床栏安装脚。见图 1。



注:1. 床栏头部;2. 床栏空档;3. 床栏脚部;4. 床面延伸部分;5. 安装脚;6. 抱箍和固定插槽

图 1 翻身床床栏设计与应用。a. 翻身床床栏结构示意图;b. 翻身床床栏应用图

2 讨论

降低患者跌倒或坠床所致伤害的风险是 6 项国际患者

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2012.02.026

作者单位:312000 浙江绍兴第二医院烧伤科

安全管理目标之一^[2]。目前临床使用的烧伤翻身床床面宽 53 cm,床高 78 cm,无床栏防护,患者在躁动、意识不清等情况下易发生坠床。

本文介绍的翻身床床栏具有如下优点:(1)传统翻身床床体窄、离地高、无床栏,患者常被告知不能自行翻身和移动,易出现紧张、恐惧等不安全感。我科使用翻身床床栏后未出现患者坠床现象,同时在一定程度上缓解了患者的紧张情绪。(2)床栏安装脚插入固定插槽后与翻身床连成一体,外形美观。(3)2~3 min 即可完成安装或拆卸,便于换药、手术或特殊护理操作(股静脉置管时须取下操作侧床栏)。如仅需对双上肢换药、清理大小便,不取下床栏便可完成。(4)便于治疗和护理。患者双上肢从床栏空档处外展于身体两侧,便于护理人员行双上肢静脉穿刺、功能锻炼,同时充分暴露双腋部便于彻底清洁腋窝。(5)床栏脚部呈扇形向外展开 20 cm,作为翻身床的床面延伸部分,使床面宽度增至 93 cm,有利于包扎了敷料的双下肢充分外展。另可起支架作用,方便在床栏上覆盖被子保暖。(6)制作简单、成本低,选择不锈钢条按图 1 焊接即可。

需要说明的是,装卸床栏时常需移动患者双上肢,这会影响双上肢植皮后需制动患者的疗效。若将床栏头部设计为可活动式,使之能够上下翻转、固定,或许会解决这一问题,有待进一步研究。

参考文献

[1] 李民,于兰,刘娜娜. ICU 护理安全管理中的细节管理. 中国护理管理, 2010, 10(5): 25-26.
 [2] 沈利英,叶志弘,秦建芬. 遵循六项国际患者安全目标以保证医患安全. 护理与康复, 2007, 6(9): 629-630.

(收稿日期:2011-12-18)

(本文编辑:莫愚)

气管内反流物冲吸装置制作与应用

童亚林

口咽部分泌物与消化道反流物(统称为反流物)误吸是烧伤后肺部感染原因之一,因其难以统计而在临床工作中被忽视。笔者的临床观察提示,随着气管切开时间延长、患者

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2012.02.027

基金项目:广西壮族自治区科技攻关与新产品试制(桂科攻 1140003A-39)

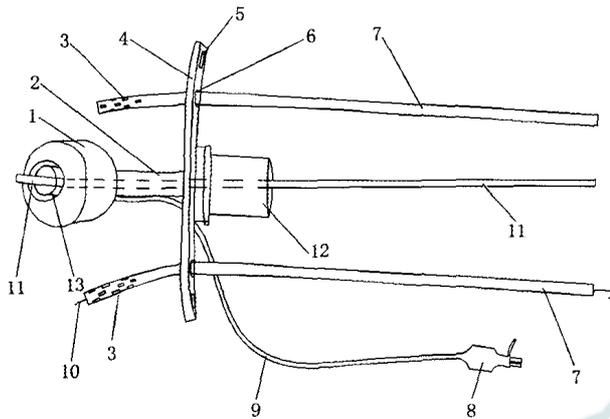
作者单位:541002 桂林,解放军第一八一医院烧伤整形科

意识改变和胃肠功能紊乱,反流物进入气管并滞留在气囊中的发生率及积聚量均增加,反流入肺的可能性也随之增大。鉴于此,笔者研制了气管内反流物冲吸装置(专利号:201020264953.6)并初步应用于临床,效果较好。

1 冲吸装置的制作与使用

采用硅胶制成的一次性吸痰管(南通三利医疗器械有

限公司)制作冲洗管、吸引管、给氧管。用无菌手术剪在冲洗管、吸引管拟插入端(长度 2~3 cm)各个方向上剪数个小心孔,以利从多个方向同时引流滞留物。在普通气管套管两侧固定翼上用无菌手术刀(剪)各戳 1 个略小于冲洗管的插孔,气囊充气并检查无漏气后,将冲洗管、吸引管分别经两侧插孔插入,深度达气囊最近端(套管外口侧)后气囊放气,给氧管从套管外口插入并超过套管内口 5 cm 左右。见图 1。



注:1. 气管套管气囊;2. 气管套管管体;3. 冲洗(吸引)管插入端;4. 固定翼;5. 绑带孔;6. 插孔;7. 冲洗(吸引)管;8. 充气阀;9. 充放气管;10. 插管导丝;11. 给氧管;12. 气管套管外口;13. 气管套管内口

图 1 气管内反流物冲吸装置示意图

挑开气管环,立即将装置上已外接氧气的给氧管插入气管内以确保插管过程中的氧供,再将装置上套管、冲洗管及吸引管插入气管内。气囊充气后用绳线将装置固定于患者颈部,套管外口接呼吸机或采用文献[1]方法予以气道床边隔离并固定给氧管、湿化管。将冲洗管、吸引管再向气管内插入 1~2 cm 使其位于气囊与气管后壁间隙最低位,以利吸尽反流物。冲洗管、吸引管外口用无菌纱布包裹备用。操作时先将吸引管与电动吸引器连接并吸尽反流物,再经冲洗管向气管内注入 5 mL 无菌生理盐水或用 5 g/L 碘伏^[2]冲洗,也可根据细菌培养结果局部应用敏感抗生素,冲洗后立即从吸引管吸尽冲洗液。每 2~4 小时冲洗、吸引 1 次,冲洗管及吸引管每 3 天更换 1 次(第 1 次换管原则上于气管切开后 6 d 瘘管形成时进行),直至病情稳定无需气管插管。

2 临床应用

患者女,46 岁,因冶炼炉高温矿灰喷出致全身多处烧伤 6 h 伴呼吸困难 30 min 入院。诊断:(1)特重度烧伤,其中深 II 度 60%、III 度 35% TBSA。(2)重度吸入性损伤。(3)休克。立即行气管切开、冲吸装置插入、呼吸机辅助呼吸,补液、强心、抗炎、预防消化道应激性溃疡、解除支气管痉挛、祛痰、雾化吸入以及加强呼吸道管理^[1]等治疗。创面外用磺胺嘧啶银。进行每小时尿量、有创足背动脉压、中心静脉压及其他生命体征监测,行口鼻腔分泌物、气管切开处与气囊附

着物以及痰液细菌培养。吸引管引流量伤后 1~6 d 为 1~3 mL/d,7~10 d 开始渐增至 3~10 mL/d,11(留置胃管)~19 d 为 15~50 mL/d。留置胃管前痰液、气管切开处与气囊附着物及口腔分泌物均检出热带念珠菌、白色念珠菌、脑膜炎败血黄杆菌,气囊附着物、口腔分泌物另检出鲍氏不动杆菌。留置胃管后痰液、气囊附着物、鼻腔分泌物另检出屎肠球菌,痰液中另检出烟曲霉菌,胃管吸出物中检出嗜麦芽窄食单胞菌。本病例提示在关注创面、血液等临床常见肺部感染途径时,也要高度重视反流物引起的肺部感染,做好预防工作。

3 讨论

Portex 气管套管、声门下吸管气管套管^[3]存在以下不足:(1)套管管芯仅有直径 1 mm 左右的小孔,如遇插管不顺利,存在刺激咳嗽、出血乃至缺氧和窒息风险,需拔出套管甚至牵开颈部切口才能吸引、给氧。(2)套管自带 1 根管,远端仅 1 个开口,与气囊、气管内壁间形成无效腔,不可能吸尽其内滞留物,黏稠反流物或食物残渣还会堵塞吸管使其失去作用。(3)在同一根管中进行冲洗和吸引操作,容易出现重复污染。(4)上述套管与冲吸管为一整体结构,堵塞后只能将整个装置一起更换,但气管切开 6 d 内切口未形成瘘管,拔出套管再插入时切口会自然封闭易出现窒息,此时需借助纤维喉镜或支气管镜,否则须等待瘘管形成才能换管。

笔者研制的气管内反流物冲吸装置具有以下优点:(1)先将给氧管经套管内插入气管,既可给氧又可吸引,降低了插管过程中出血、缺氧、窒息风险。(2)远端管口周围多个小孔能更有效地吸出气囊周围无效腔内反流物。(3)冲洗管、吸引管分开,避免了经同一管道引起的重复污染。(4)冲洗管、吸引管堵塞后可及时、便捷更换,无需借助特殊器械或等待气管切开处形成瘘管。(5)采集标本时无需将装置取出,有利于监测不同部位来源细菌。(6)制作简单、成本低廉、安全方便、无插管外其他损伤,适用于平时及战时各种气管切开患者。注意事项:(1)第 1 次用生理盐水灌洗时注入速度宜慢或注入 50~100 mg 利多卡因以减少刺激。(2)如冲洗(吸引)管脱落,需用碘伏消毒皮肤切口、管道及冲洗(吸引)管拟插入端外壁,直接或以无菌深静脉置管导丝引导冲洗(吸引)管,经固定翼上插孔沿套管外壁与切口间隙插入。

参考文献

- [1] 童亚林, 缪洪城, 冯小艳, 等. 加强呼吸道管理对吸入性损伤气管切开患者肺部感染的防治作用. 中华烧伤杂志, 2010, 26(1): 6-9.
- [2] 张黎明, 王辰. 碘伏膀胱冲洗防治留置尿管尿路感染探讨. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(8): 887-888.
- [3] 杨彦华, 张进考, 时华静. 声门下吸管气管套管: 中国, CN201481948U. 2010-06-02.

(收稿日期:2011-05-04)

(本文编辑:谢秋红)