

科学应对急性胰腺炎疼痛

急性胰腺炎属于一种自身消化性疾病,是由于各种因素引起的胰蛋白酶原异常激活,损害胰腺本身及周围脏器,严重者可导致机体出现多器官功能障碍的一种复杂的临床急腹症。急性期腹痛发生率达95%,可伴着阵发性加剧,表现为中上腹或左上腹持续性胀痛、刀割样痛或绞痛,可放射至背部、肩部,呈束带状分布;疼痛严重可导致失眠、烦躁、焦虑、免疫力下降等一系列病理生理和心理的改变,剧烈的腹痛还可引起或加重休克状态,甚至导致猝死。因此,急性胰腺炎的疼痛管理尤为重要。以下从疼痛管理原则、具体措施及健康教育三个维度展开科普。

一、疼痛管理核心理念

1.多学科协作
可采用多学科协作的手段,成立多学科治疗协作组,包含消化内科医生,主导病因治疗;疼痛科医生,制定阶梯化镇痛方案,避免药物不良反应;外科医生,应用清创术处理胰腺坏死感染部位;营养科医生,制定肠内/肠外营养方案,促进肠道功能恢复。

2.个体化评估
根据个体化动态评估结果,采取不同的疼痛管理方案。首先动态评估疼痛程度,积极查找病因,并进行针对性治疗。急性胰腺炎的病因一般可分类为胆源性、酒精性、高脂血症性,其各自的镇痛策略需结合病因调整。在镇痛过程需要警惕并发症,注意观察急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能衰竭等重症信号。

二、疼痛管理具体措施

(一)基础治疗
1.禁食禁水与胃肠减压
采用此治疗方式的目的是为了减少胃酸分泌,进一步抑制胰酶分泌,减少刺激,减少疼痛。一般通过留

置鼻胃管,持续负压吸引,在此过程中需要注意定期评估患者口渴、饥饿感,必要时口腔护理预防感染。

2.液体复苏与电解质平衡
在住院期间,通过静脉输入晶体液(如乳酸林格液、葡萄糖注射液、氯化钠注射液等)与胶体液(如蛋白、右旋糖甘、羟乙基淀粉等),维持患者身体的体液及电解质平衡,在此过程中需要注意监测血气、电解质及血钙的变化。

(二)药物治疗
1.镇痛药物阶梯化应用
根据疼痛程度针对性治疗,例如轻度疼痛时,一般使用非甾体抗炎药(NSAIDs),如布洛芬(用此药需警惕消化道出血风险);中度疼痛时,多数采用弱阿片类药物,如曲马多,或者解痉药,如山莨菪碱;重度疼痛时,则推荐强阿片类药物,如哌替啶,避免吗啡。

2.胰酶分泌抑制剂
胰腺分泌抑制剂一般的作用是抑制胰腺及蛋白酶分泌,以达到降低胰腺自身消化风险。常见的药剂包括生长抑素类似物(如奥曲肽,采用持续静脉泵入),乌司他丁(减轻炎症级联反应)。

3.抗生素应用
急性胰腺炎属于炎症性反应,在此过程如出现合并胰腺坏死感染(血培养阳性、CT见气体征),则需要立即开始使用碳青霉烯类(如亚胺培南)联合硝基咪唑类(如甲硝唑)抗生素药物,疗程一般7-14天。

(三)非药物治疗
急性胰腺炎的非药物干预治疗包含体位与物理干预、心理认知行为疗法、中药外敷、中医辅助治疗及家庭支持等。

采用半卧位(床头抬高30°至45°),屈膝侧卧位,

可减少腹壁张力,缓解腹膜刺激,缓解疼痛;物理治疗中的低频脉冲电刺激作用于足三里、内关穴,同时也可选穴足三里、内关、中脘进行针灸,均可促进内源性阿片肽释放,缓解疼痛;而中药大黄、芒硝的腹部外敷,可促进炎症吸收。

在急性胰腺炎疼痛管理过程中,家庭支持可为患者提供情感支撑,减少焦虑、恐惧、孤独,减轻疼痛感。推荐家属与患者一起通过疼痛日记记录、放松训练(如深呼吸、渐进性肌肉松弛)降低焦虑水平。

(四)病因治疗与并发症处理
急性胰腺炎在治疗的过程中,需要积极查找病因,积极治疗原发病,处理并发症,缩短疼痛时间及程度。病因如是胆源性胰腺炎,则可在发病72小时内行ERCP或恢复后行胆囊切除术,降低死亡率及复发率;高脂血症性胰腺炎,需要降脂治疗或重症行血浆置换。如出现胰腺假性囊肿和感染性坏死,则需要手术及清创。

三、健康教育与长期管理

1.饮食管理
急性胰腺炎在急性期,需要完全禁食,恢复期从清流食(米汤、藕粉)逐步过渡到低脂软食(蒸蛋、豆腐),恢复后需要注意每日脂肪摄入<50g,避免酒精、辛辣、油炸食物,少食多餐。

2.生活方式调整
健康的生活方式教育对减少胰腺炎复发起着至关重要的作用,急性胰腺炎患者需要作息规律,戒烟限酒(酒精摄入量男性<25g/日,女性<15g/日),做好科学的体重管理。

3.定期随访
急性胰腺炎日常需要注意监测淀粉酶、脂肪酶、血脂、腹部超声/CT,胆石症患者每6个月复查超声,高脂血症患者每3个月监测血脂。

综上所述,急性胰腺炎的疼痛管理需要综合病因、病情及个体差异,通过多学科协作手段进行全程、全方位、精准、动态干预。患者需积极配合治疗及护理,严格遵守食、用药、复查等要求,以降低复发风险,提高生活质量。

(皖西卫生职业学院附属医院 沈娟)

探秘医学影像“透视眼”

在医疗场景中,医生手持影像报告与患者沟通病情的场景屡见不鲜。从骨折诊断到肿瘤筛查,从孕期检查到神经系统疾病评估,医学影像技术已成为现代医学不可或缺缺的“第三只眼”。这项技术如何穿透人体组织揭示病变?不同影像设备的工作原理有何差异?本文将带您深入探索医学影像技术的科学奥秘。

一、X光:穿透百年的“光之利刃”

X光成像的核心原理基于物质对射线的差异化吸收:当X射线穿透人体时,骨骼等高密度组织吸收更多射线,在胶片或探测器上形成亮白色影像;而肌肉、脂肪等软组织因吸收较少而呈现灰黑色。这种“黑白分明”的成像方式,使医生能快速发现骨折、异物嵌入或肺部病变。

尽管X光检查便捷高效,但其辐射风险仍需警惕。一次胸部X光的辐射剂量约0.1毫西弗,相当于自然环境中10天的辐射暴露量。现代设备通过优化管电压、电流参数及滤线栅技术,已将辐射剂量降低90%以上,但孕妇、儿童等敏感人群仍需严格遵循检查指征。

二、CT:三维解构的“数字解剖刀”

20世纪70年代诞生的计算机断层扫描(CT),通过X射线多角度旋转扫描与计算机重建算法的结合,实现了人体横断面解剖结构的精准呈现。其工作原理可类比为“切片观察”:设备围绕患者旋转360度,采集数百个层面的投影数据,经算法处理后生成连续的断层图像。这种技术革新使颅脑出血、肺结节等微小病变的检出率提升3至5倍。

CT检查的优势在于高空间分辨率(可达0.35毫米)和快速成像(全身扫描仅需10秒),但辐射剂量问题更为突出。一次胸部CT的辐射量约为7毫西弗,相当于70次X光检查。为此,低剂量CT技术应运而生,通过优化管电流调制和迭代重建算法,在保持图像质量的同时将辐射剂量降低60%至80%,现已成为肿瘤早期筛查的首选工具。

三、MRI:磁场编织的“软组织显微镜”

磁共振成像(MRI)的诞生,标志着医学影像进入分子水平探索时代。其工作原理基于氢原子核在强磁场中的核磁共振现象:当人体置于1.5至3特斯拉的磁场中时,体内水分子中的氢原子核沿磁场

方向排列;施加特定频率的射频脉冲后,氢原子核发生能级跃迁,停止脉冲后释放能量产生信号,经计算机处理转化为灰度图像。

MRI对软组织的分辨能力堪称“显微镜级”:在脑部成像中,可清晰区分灰质(神经元胞体聚集区)与白质(神经纤维束),对多发性硬化症的病灶检出率达98%;在关节成像中,能显示0.2毫米级的半月板撕裂;在乳腺成像中,结合动态增强序列可鉴别良恶性病变。这种无辐射、多参数成像的特性,使其成为神经系统、肌肉骨骼系统和盆腔疾病诊断的金标准。

然而,MRI检查也存在明显局限:扫描时间较长(单部位检查需15至40分钟),对体内植入金属器械(如心脏起搏器、人工关节)的患者禁用,幽闭恐惧症患者可能难以配合。此外,设备购置与维护成本高昂,单台3.0TMRI设备价格超2000万元,限制了其基层普及。

四、影像技术的融合创新与未来图景

当前,医学影像技术正朝着多模态融合与智能化方向演进。PET-CT技术将代谢功能成像与解剖结构成像结合,使肿瘤诊断的灵敏度提升至95%以上;光声成像技术通过激光激发组织产生超声波,实现了血管分辨率达10微米的无创成像;人工智能辅助诊断系统已能自动识别肺结节、乳腺微钙化灶等病变,诊断准确率与资深医师相当。

在精准医疗时代,影像技术的价值已超越单纯诊断。术中MRI导航使神经外科手术肿瘤切除率提高20%;定量影像分析可监测阿尔茨海默病患者脑内淀粉样蛋白沉积变化,指导药物疗效评估;影像组学技术通过提取海量影像特征,为肿瘤异质性分析、预后预测提供了新工具。

五、结语

医学影像技术百年间从“平面透视”跃至“分子成像”。X光、CT、MRI等技术革新不断拓展医疗边界,成为守护健康的利器。未来,量子成像、分子探针等前沿技术将助力医学影像揭开更多生命奥秘。享受技术进步时,需审慎行事:严控检查适应证防止过度医疗,加强设备质控与人员培训保影像质量,推动数据互通破“信息孤岛”。如此,医学影像技术方能在精准医疗之路上稳健前行。

(金寨县中医院影像科 翁怀杰)

胃镜探胃让早癌无处遁形

在人体消化系统中,胃肠承担着消化食物、吸收营养的重任,是维持生命活动的关键环节。形象地说,胃镜就像孙悟空钻进铁扇公主的肚子,用火眼金睛近距离观察其中情况,以此发现有无“魑魅魍魉”的存在。不过许多朋友听到,提到胃镜时,都没有什么好看法,甚至感到焦虑、忐忑、恐惧。实际上,胃镜是非常安全的,不会给我们带来明显的疼痛不适感,不会妨碍我们的正常呼吸,如果过于担心的话,还可以选择无痛胃镜,安全舒适的做完检查。下面就让我们一起聊聊关于胃镜的那些事儿吧!

一、胃镜:胃内早癌筛查的“火眼金睛”

胃镜,全称电子胃镜,是一种通过口腔或鼻腔插入细长的软式内镜,直接观察食管、胃、十二指肠等上消化道内部情况的医疗设备。随着医疗技术的不断进步,胃镜已从最初的硬质管镜发展到如今的电子胃镜,其图像清晰度高、操作便捷性均有了质的飞跃。胃镜检查的优势在于其直观性和准确性。医生可以清晰地看到胃黏膜的微小病变,如炎症、溃疡、息肉、肿瘤等,甚至可以对可疑病灶进行活检,以明确病理性质。这种“眼见为实”的诊断方式,大大提高了胃部疾病的检出率和诊断准确性。

二、胃镜检查安全吗?

1.专业操作
胃镜检查是一项高度技术性过程,要求医生或技术人员具备专业培训和经验。他们不仅需要正确插入胃镜,还需要在检查过程中仔细观察以确保完整的拍摄胃内照片和录像。专业操作的关键在于准确性,它有助于提供可靠的诊断结果,同时减少了对患者的不适。

2.麻醉
使用局部麻醉或轻度麻醉是为了确保患者在检查期间不会感到疼痛或明显不适。这种麻醉通常是安全的,但医生会在执行前考虑患者的整体健康状况,以确保选择合适的麻醉方式。对于大多数患者来说,麻醉是一个关键的因素,它增加了胃镜检查的舒适性。

3.并发症
尽管并发症风险较低,但医生和护士都会严密监控患者的状况,以及及时发现和处理可能发生的不

良反应。出血是最常见的并发症之一,通常内镜下可以采取止血措施解决遇到的问题,以确保患者的健康安全。

4.早期发现

胃镜检查在早期发现食管癌等严重疾病方面发挥了重要作用。早期诊断提供了治疗的最佳机会,可以减轻疾病的严重程度,提高治愈率。因此,尽管胃镜检查可能会有一些不适,但接受胃镜检查是为了保护患者的健康,并可能拯救一条生命,幸福一个家庭。

三、哪些情况需要做胃镜检查?

胃镜检查在医学诊断中占据举足轻重的地位,其应用范围广泛且深远。当个体出现一系列不明原因的消化道症状时,如长期存在的胃脘、胃胀感加剧、频繁的反酸与嗝气、食欲显著减退、吞咽时感到明显障碍,乃至呕血或排出黑便等,这些都是消化系统可能遭受损害的信号,亟须通过胃镜检查来探寻病因。此外,对于已知或疑似患有胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、胃息肉及胃癌等胃部疾病的患者,胃镜检查不仅是评估诊断的关键,也是制定个性化治疗方案及后续随访评估病情变化的重要依据。针对具有胃癌高危因素的人群,如家族遗传史、不良饮食习惯、长期烟酒嗜好及年龄增长等,定期进行胃镜检查更是预防胃癌、实现早期发现与治疗的关键措施。而对于已接受胃部手术的患者而言,胃镜检查则是术后复查不可或缺的一环,有助于及时了解手术效果、监测胃黏膜恢复情况,并有效预防和处理术后并发症。

总结:胃镜,如同一把精密的钥匙,为我们打开了探索胃内世界的大门,使得许多隐匿的胃部疾病得以无所遁形。通过胃镜的细致检查,我们能够及时发现并干预疾病的早期阶段,争取最佳的治疗时机,有效遏制病情的一进一步发展。因此,对于任何出现胃部不适症状或具备高危因素的人群而言,定期进行胃镜检查不仅是必要的健康投资,更是对自我生命的珍视与呵护。让我们秉持“关注早癌,拯救一条生命,幸福一个家庭”的理念,携手胃镜,共同守护我们的健康,享受更加美好的生活。

(合肥平安好医综合门诊部 张启娟)

呼吸内科护理的核心要点

呼吸系统疾病常因病程长、症状复杂而需要细致入微的护理。无论是肺炎、慢性阻塞性肺疾病(COPD),还是哮喘、支气管扩张等,科学的护理措施不仅能缓解症状,还能显著提升患者生活质量。以下是呼吸内科护理的核心要点,结合临床实践与最新指南,为患者和家属提供实用指导。

一、环境管理:打造安全舒适的呼吸空间

1.空气流通与温湿度
保持病房空气清新,每日通风2至3次,每次15至30分钟,避免刺激性消毒剂或花草气味诱发咳嗽。温度控制在18至20℃,湿度50%至70%,可减少气道干燥与痰液黏稠。

2.防跌倒与感染控制
呼吸内科患者多为老年人或体弱者,需在床边设置护栏,地面保持干燥防滑,痰液需消毒处理后再倾倒,避免交叉感染。

二、病情观察与症状管理

痰液监测 痰液是呼吸疾病的“晴雨表”:
粉红色泡沫痰 提示急性肺水肿,需立即报告医生;
黄绿色脓痰 可能为细菌感染;痰中带血丝 需警惕支气管扩张或肿瘤。
生命体征动态监测
呼吸模式:观察深浅、节律,若呼吸微弱可用薄纸条置于鼻孔前辅助计数;
氧疗管理:COPD患者需持续低流量吸氧(1-3 L/min),避免高浓度氧诱发呼吸抑制;
血压与意识:警惕肺性脑病,如出现嗜睡、烦躁或神志模糊,需及时处理。

三、促进有效排痰的四大方法

体位引流:根据病变部位调整姿势(如抬高患侧),利用重力排痰,每日2至4次,每次15至30分钟;
雾化吸入:稀释痰液,常用药物如氨溴索,辅以生理盐水雾化;
叩背排痰:手掌呈杯状,由下至上轻叩背部,促进痰液松动;
主动咳嗽训练:深吸气后屏气2秒,用力咳嗽,避免无效耗能。

四、氧疗与用药护理的关键细节

1.氧疗方式选择
鼻导管吸氧:适用于轻度缺氧患者,氧流量1~5 L/min(浓度24%~40%);
面罩吸氧:适用于中重度缺氧,普通面罩流量5~8L/min(浓度40%~60%),储氧面罩可提供更高浓度(60%~90%);
高流量氧疗(HFNC):用于急性呼吸衰竭,可精确调节氧浓度和温湿度。

2.氧疗监测与调整

COPD患者:严格低流量(1~3 L/min),避免高浓度氧导致二氧化碳潴留(CO₂麻醉);
目标氧饱和度:一般患者维持SpO₂94%-98%,COPD患者88%-92%。
血气分析:长期氧疗患者需定期检测PaO₂和PaCO₂,调整氧浓度。

鼻出血不止干燥那么简单

流鼻血就是上火、太干燥了吗?鼻出血的病根不一定在鼻子,也可能是很多疾病的信号。鼻腔表面覆盖了一层黏膜,平时负责维持鼻腔的呼吸、调节温度等,黏膜内有丰富的血管,当血管破裂时就会造成鼻出血。鼻出血是临床常见的症状,多因鼻腔病变或全身疾病所引起,大部分鼻出血都来自鼻腔前部,人的鼻腔分为左右两部分,中间由鼻中隔隔开,鼻腔外侧壁沟壑纵横,鼻腔内覆盖着鼻黏膜,且有许多交错成网的细小血管,血液供应十分充足,一旦鼻腔内血管出现破损就会流鼻血。

鼻出血的原因包括以下两种:

一、鼻部本身的疾病包括:急性鼻炎、过敏性鼻炎、鼻腔异物、鼻外伤、频繁地擤鼻、剧烈喷嚏、揉鼻、挖鼻等物理损伤;

二、全身性疾病包括以下五种情况:

1、血管压力过高可能引发鼻出血,最常见的是高血压病和动脉硬化。

2、凝血功能障碍性疾病:如各种血液病、服用抗凝药物、肝病,化学药物或药物中毒等也会引起鼻部反复出血。

3、内分泌功能障碍性疾病:内分泌功能异常会导致经期、妊娠期的鼻出血。

4、维生素及微量元素的缺乏:维生素C、K、P及微量元素等缺乏时易出现鼻出血。

5、少数急性发热性传染病患者会在疾病的高热期发生鼻出血。

除了明确出血原因,还要学会正确的止血方法。首先,抬头是不对的,因为鼻血会顺着咽后壁流向消化道刺激胃黏膜,部分鼻血甚至可能流进食管凝固成血块造成窒息。其次,塞纸巾止血作用有限,纸巾塞进鼻孔的深度不够、压迫力度不足,并不能达到压迫止血的效果。再者,抬高手臂可能起反作用,流鼻血大多由于鼻腔内或鼻中隔前方动静脉血管破裂引起的,将上臂抬起会导致更多的血液流向颅内,使局部压力增加,流血量增加。然后,凉水拍脑门——效果不佳,额头距离鼻孔部位有一定的距离,凉水拍额止血效果并不好。

那正确的止血方法应该是:

一、保持镇静。
二、坐下来,头部略前倾,避免血液流入食道、气管,然后用手指捏紧出血侧鼻翼保持10-15分钟压迫止

流量。

3.氧疗设备管理
湿化瓶:每日更换灭菌水,避免细菌滋生。
鼻导管/面罩:每日清洁或更换,防止皮肤压伤。
防火安全:远离明火,避免氧浓度过高引发燃烧。

4.用药护理:确保疗效,防范不良反应

抗生素正确使用:严格遵医嘱按时给药,确保血药浓度稳定(如β-内酰胺类需q8h或q6h给药)。
不良反应观察:过敏反(皮疹、呼吸困难);肠道菌群失调(腹泻、口腔真菌感染),可配合益生菌预防。
支气管扩张剂β₂受体激动剂(如沙丁胺醇):吸入后观察心率,警惕心悸、震颤;指导患者正确使用定量吸入器(MDI),配合储雾罐提高疗效。
抗胆碱能药(如异丙托溴铵):可能导致口干、视力模糊,提醒患者多喝水;青光眼患者慎用。

糖皮质激素吸入剂(如布地奈德):使用后立立即漱口,减少口腔念珠菌感染风险;长期使用需监测骨密度,预防骨质疏松。
静脉/口服激素(如甲强龙):观察血糖、血压变化,糖尿病患者需调整胰岛素剂量;避免突然停药,防止肾上腺危象。

祛痰药与黏液溶解剂氨溴索:可雾化或静脉给药,与抗生素联用增强肺部排痰效果。
乙酰胺半胱氨酸:雾化时可能引发支气管痉挛,哮喘患者慎用。

特殊人群用药注意事项
老年人:肾功能减退,需调整剂量(如莫西沙星避免用于严重肝损患者)。
孕妇/哺乳期:避免使用喹诺酮类(如左氧氟沙星)和氨基糖苷类(如庆大霉素)。儿童:按体重计算剂量,慎用阿司匹林(可能诱发Reye综合征)。

五、心理支持与健康教育

情绪疏导
患者常因呼吸困难、反复住院产生焦虑或抑郁。护理人员可通过眼神交流、微笑等非语言沟通传递安全感,鼓励患者表达感受。

长期管理教育
呼吸科患者:指导腹式呼吸与缩唇呼吸,增强膈肌力量;
生活方式:戒烟、防寒保暖、避免雾霾外出,居家坚持低流量氧疗;
饮食建议:高蛋白、高维生素饮食(如瘦肉、蔬菜),限制产气食物(如豆类)。

结语
呼吸内科护理既是科学,也是艺术。从精准的病情观察到温暖的心理支持,每一个细节都可能成为患者康复的关键。通过环境优化、症状管理、健康教育的多维度联动,我们不仅能缓解患者的生理痛苦,更能赋予他们对抗疾病的力量与信心。
(合肥市第三人民医院 孙海燕)

叩击排痰法 防卧床肺炎

长期卧床的患者就像静止的湖水,痰液在肺部积聚如同水中滋生的藻类,若不及时清理,很快会引发感染风暴。当痰液滞留在支气管深处,不仅阻碍正常呼吸,还会成为细菌繁殖的温床。通过有规律的叩击动作,可以产生类似“微型地震”的效果,帮助松动黏附在气管壁上的痰液,让纤毛运动重新活跃起来,将分泌物逐步推向咽喉部位。

操作前的细心准备

为患者选择侧卧位,如同为清理水壶的水垢找到最佳角度——让需要清理的肺部区域处于高位。注意避开刚进食后的时段,防止胃内容物反流。调节室温至人体舒适状态,提前开窗通风,确保空气清新。准备医用乳胶手套和软垫,将软垫放置在患者腋下和膝盖下方,保持脊柱自然弯曲。操作前用听诊器定位痰液积聚部位,就像探测水管堵塞点一样精准。同时检查患者背部区域的皮肤状况,避免在淤青或破损处施力。

标准操作五步详解

①手型训练:将手掌弯曲成空心状,如同虚握一枚鸡蛋,手腕保持放松状态。这个特殊形状能在叩击时形成气垫效应,既产生足够震动又避免直接拍打带来的疼痛。可通过甩手腕练习找到节奏感,就像厨师颠勺时的自然韵律。

②叩击定位:将患者背部想象成钟表盘,重点叩击肺底投影区(相当于4-8点的位置)。沿着肋骨走向,从外向内、从下往上规律叩击,如同用波浪推动沙滩上的贝壳。注意避开脊椎和肾脏区域,就像园丁修剪枝叶时避开主干。

③节律控制:跟随秒针走动的节奏,保持每分钟约120次的频率。每个区域持续3-5分钟,相当于听完一首短歌的时间。可通过哼唱节奏感强的旋律帮助维持稳定频率,如同给操作注入韵律灵魂。

④力度掌握:理想力度应使患者胸壁产生轻微震动,类似轻拍西瓜判断成熟度时的触感。可在健康人手臂上练习,观察皮肤震动幅度不超过指甲宽度。若发现皮肤发红立即停止,就像熨烫衣物时控制温度般谨慎。

⑤联合振动:叩击结束后,用手掌紧贴胸壁快速震颤,如同手机震动模式般传递细微波率。配合患者深呼吸节奏,在呼气末施加轻柔压力,像协同演奏一曲呼吸交响乐。

五大禁忌情形

当患者存在肋骨骨折风险时,叩击可能摇晃破损的花瓶般危险。皮下气肿或凝血功能异常者,操作可能引发更严重并发症。急性心衰患者的心脏如同超负荷的引擎,额外刺激可能引发险情。近期接受胸部手术者,需等待伤口初步愈合再行操作。

效果观察与评估

有效操作后,患者咳嗽时会排出粘稠痰液,如同疏通下水道后涌出的淤积物。听诊器可捕捉到肺部杂音减弱,就像雨后天晴时空气变得清透。长期记录痰液量和性状变化,若发现黄色脓痰转为白色稀痰,提示感染得到控制。监测血氧饱和度数值,稳定的数据如同平静的湖面般令人安心。

特殊人群护理方案

对骨质疏松患者改用振动按摩,如同用微风替代强风拂动柳枝。气管切开患者需先进行雾化湿润,就像给干涸的土地先灌溉再松土。皮肤敏感者隔着棉质衣物操作,结束后涂润肤剂,如同呵护婴儿肌肤般温柔。

常见操作误区提醒

切忌沿脊柱直接叩击,那如同敲击玻璃般危险。避免刚进食就操作,防止食物逆流造成窒息。不能只做背部叩击,侧胸壁同样需要关注,就像清洁房间时不能只打扫地面。忽视口腔清洁会使痰液反复感染,操作前后务必协助患者漱口。

居家护理培训要点

居家护理培训是保障卧床患者呼吸道通畅的重要环节,家属的科学参与尤为关键。首先,可在自己手臂上反复练习叩击力度,掌握“拍灰不疼”的当手感,避免无效无效的叩击。操作前应了解患者基本病情,确保无禁忌症,如肋骨骨折风险、皮下气肿等。同时建议家中常备应急口咽通气道,如同为突发堵塞提供生命通道。定期观察并记录痰液的颜色、性状及排出量,一旦发现铁锈色、血丝或恶臭,应立即联系医护人员。操作环境需保持明亮整洁,移除床旁杂物,以免在紧急情况下影响施救效率。操作前后协助患者漱口清洁,防止口腔细菌再次进入下呼吸道。对于行动不便或意识不清的患者,可借助吸痰器辅助引流,提升效果。培训中还应注重心理支持,用耐心与关爱缓解患者的紧张情绪,使护理过程既安全又温暖。正确培训不仅提升照护质量,更是家庭护理迈向专业化的重要一步。

(宿州市立医院急诊ICU 张春华)



本报地址：六安市金安区长安南路城投大厦20-24楼

邮政编码：237000

零售价：35元/月

皖西日报社印务有限公司承印

地址：六安市经济开发区纬一路