

吸痰

【目的】

清除患者呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。

【适应证】

呼吸道分泌物不能自行咳出的病人，如年老体弱、危重、昏迷、麻醉未清醒前等各种原因引起的不能有效咳嗽者。

【禁忌证】

1. 声门、气管痉挛者。
2. 缺氧而未给氧者，除非确定缺氧是由于气道痰堵所致。对正在机械通气的患者，吸痰期间建议采用不脱开呼吸机的闭合吸引方式。
3. 心血管急症者。

【物品及器材】

手电筒、听诊器、记录单。

【操作关键步骤】

吸痰动作轻、左右旋转，并上提吸痰管，一次吸痰时间持续时间不宜超过 15s。

【注意事项】

1. 吸痰过程中注意观察病人生命体征，耐受程度、及痰液的性状、颜色和量，如患者出现异常时，应立即暂停吸痰，并通知医师。
2. 若患者有活动义齿，应在操作前取下。
3. 吸痰前后应适当给予高流量吸氧，吸痰时间不超过 15s，对痰液较多需再次吸引者，应间隔 3~5 分钟后再进行操作，一根吸痰管只能使用一次。
4. 若患者痰液稠厚，可配合翻身拍背、雾化吸入。若患者发生缺氧症状如紫绀、心率下降等症状时，应当立即停止吸痰，休息后再吸。

【并发症及解决方法】

吸痰是清理呼吸道分泌物的有效措施，吸痰这一操作的正确与否是呼吸道护理的关键。操作者必须掌握有效的吸痰技术，笔者通过对近百例病人吸痰的护理，体会如下。

1. 选择合适的吸痰时机
根据病人咳嗽有痰、呼吸不畅、听诊有罗音、通气机压力升高、血氧分压和血氧饱和度下降等再进行吸引。不视病情的常规吸痰，不但易损伤呼吸道粘膜，还会因呼吸道受到刺激使分泌物增多。
2. 吸引前后给予充分吸氧
研究表明，不给予高浓度氧配合气管内吸引，可引起低氧血症，已在健康人群和肺功能障碍的病人中得到证实。用机械通气者，若病人肺功能正常，通气时间不长，吸引前加大吸氧浓度（一般为 100%）即可，不必过度通气，吸氧后立即吸痰， SaO_2 不致下降。如果肺功能欠佳，吸纯氧后，吸引使 SaO_2 下降，即应测血压、心率，并给过度换气，一般 1~5 秒钟即可，过度换气不超过 3 次。吸引前后若须使用徒手操作换气囊给病人供氧时，宜先将气囊充分充盈，输氧流量为 15L/min，每 5 秒钟呼

吸 1 次。

3. 吸痰前气管套管内不要滴生理盐水许多护士认为吸痰时在气管内滴入生理盐水可稀释分泌物，使其易吸出。有些护士甚至把气管内盐水冲洗作为常规。AckermanMH 等指出，盐水对分泌物的移动和变稀是无效的。一些研究指出，盐水注洗实际有害，影响氧合作用。
4. 正确选择吸痰管通常可选择外径小于 1/2 气管插管内径的吸痰管，这有利于空气进入肺内预防过度负压而致的肺不张。成年病人可用 30~38 号（7~9 mm）的气管插管，可选用 10~16 号（2~3 mm）的吸痰管。吸痰管质地有橡胶、硅胶、硅塑等，式样有单腔、充氧 2 吸痰双腔管。在国内一次性硅胶导管已逐步代替质地硬的橡胶管。
5. 吸痰时注意吸力的大小每次吸痰前应先将吸痰管放于无菌盐水中，以测试导管是否通畅和吸引力是否适宜，吸引负压不宜过大，一般为 10.6/16.0 kPa（80~120 mmHg），动作宜轻柔，不易在同一部位吸引时间过长，应边退边吸引以免损伤气管粘膜。提倡一次性吸引，吸引管进出气管套管次数不宜太多，以不超过 3 次为宜。否则也不易保持 SaO_2 正常，痰一次不易吸净者，先吸氧或连接呼吸机，使 SaO_2 回升后再进行吸引。
6. 严格无菌操作尤其吸痰时，必要时戴无菌手套，吸痰管每次吸痰完毕后应更换，口腔和气道同时吸痰时应遵循先气道后口腔的原则。
7. 吸痰时应密切观察若发现病人有心律不齐，如心动过速或早搏、血压下降，神志模糊，应立即停止吸痰，在吸入高浓度的氧气后，仍不能使其恢复，应检查脉搏氧饱和度仪探头所置部位的循环是否正常，以及病人是否有痰液阻塞，气胸及肺功能的改变。