



# 氣管插管的護理配合

---





## 气管插管护 理配合一目 的和意义

---

- 气管插管建立人工气道是抢救心跳呼吸骤停、呼吸抑制、呼吸肌麻痹等病人最有效的方法。
- 气管插管过程中护士得心应手的配合能提高插管速度，为垂危病人赢得抢救时间。
- 插管成功后护士细致有效的气道护理能减少并发症的发生，缩短病程。



# 气管插管的适应症

各种原因所致的呼吸衰竭，需心肺复苏以及气管内麻醉者；加压给氧；防止呕吐物分泌物流入气管以便随时吸除分泌物；气道堵塞的抢救；复苏术中及抢救新生儿窒息等。





# 气管插管的禁忌症

颈椎骨折及脱位者；喉头水肿；急性吼炎；喉头黏膜下血肿；咽喉部烧灼伤；肿瘤或异物存留者；主动脉瘤压迫气管者。

# 气管插管涉及的内容





“

# 术前估计

在气管插管前应常规实施有关检查，对气管插管的困难程度做出估计，以便决定是否是否存在插管困难，需要以何种方法解决

”



## 术前估计—2

常需检查的项目有：①张口度。Ⅱ度以上张口困难者，即最大张口时上下门齿间距界于1.2—2cm（一指宽）时，常无法置入喉镜，多需经口盲探或纤维喉镜等方法引导行管。②牙齿。有无松动及固定牙冠或牙桥及活动性假牙，有无异常牙齿，如门齿外突或过长，这些均应避免在插管中的牙齿损伤及脱落。



# 术前估计— 3

- 1 颈部活动度。如果后仰不足 $80^{\circ}$ ，提示颈部活动受限（正常后仰大于 $90^{\circ}$ ），插管可能遇到困难，多见于老年人颈椎病变、短粗颈、骨折等病人。
- 2 咽喉部情况。咽腔炎性肿物及先天畸形、高喉头等情况，因插管经路可能有阻挡，可能无法明视经声门作气管插管。
- 3 其他。如鼻中隔偏曲、小下颌、暴牙、巨舌等情况应考虑到插管困难的存在。



# 插管前准备一

做好患者心理护理工作，减轻患者焦虑紧张情绪，清醒气管插管时对病人的解释工作尤为重要，重点说明需配合的事项，如放松全身肌肉、保持慢呼吸、不屏气、恶心等。

建立两条静脉通道，最好有一条静脉通道为软套管留置针。以免患者移动而脱出，并利于麻醉药品和急救药品的供给。



# 插管前准备—2

- ○协助医生做好完善的咽喉、气管粘膜表面麻醉是保证清醒插管成功的关键，包括1%丁卡因3次喷雾。经环甲膜穿刺注药行气管粘膜表面麻醉。
- 准备并检查吸引器，除常规备好的气管插管用具外，对于困难气管插管患者应准备插管钳、润滑剂、枪式喷雾器，有条件者应准备红纤维光导喉镜。



# 气管插管的设备

- 麻醉喉镜、气管导管、气管导管衔接管
- 牙垫、导管管芯、吸痰管、注射器。
- 供给正压通气的呼吸器及氧气等。



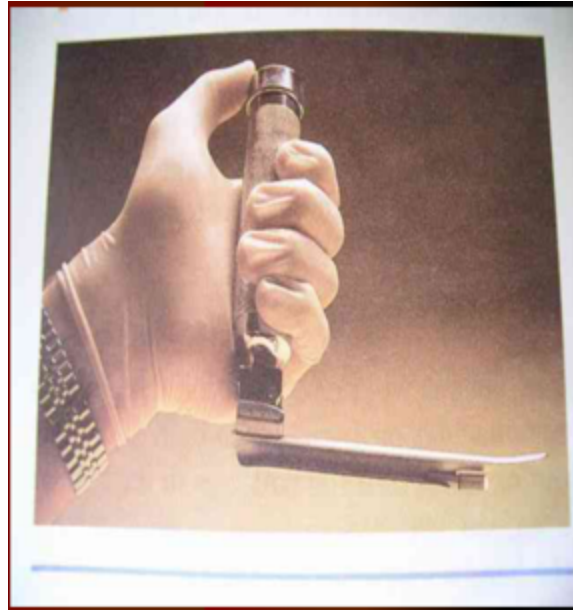


# 喉镜的选择

- 成人选用3—4号,
- 4—8岁儿童选用2号,
- 婴幼儿（3岁以下）选用1号。



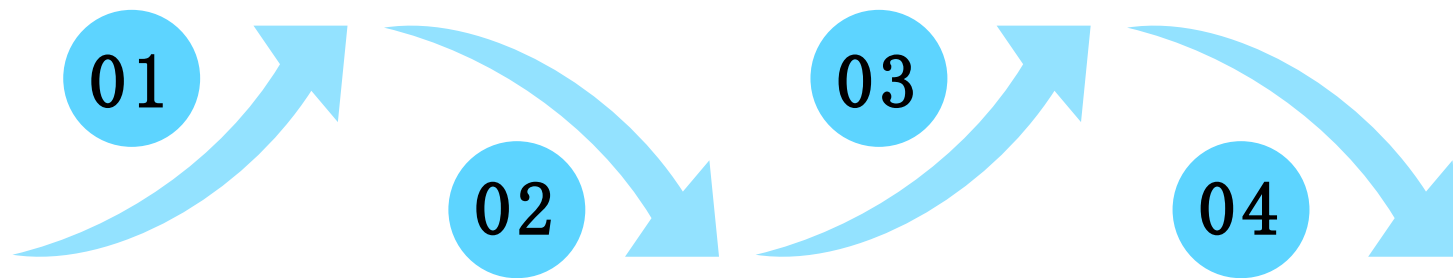
在喉镜柄上接上镜片，检查光源是否正常，如电珠不亮，检查是否旋紧，如旋紧后还不亮，更换电珠或电池。



# 导管大小的选择

01 男性 插管内径为  
8—9mm;

03 儿童 插管内径为  
年龄 ÷ 4 + 4



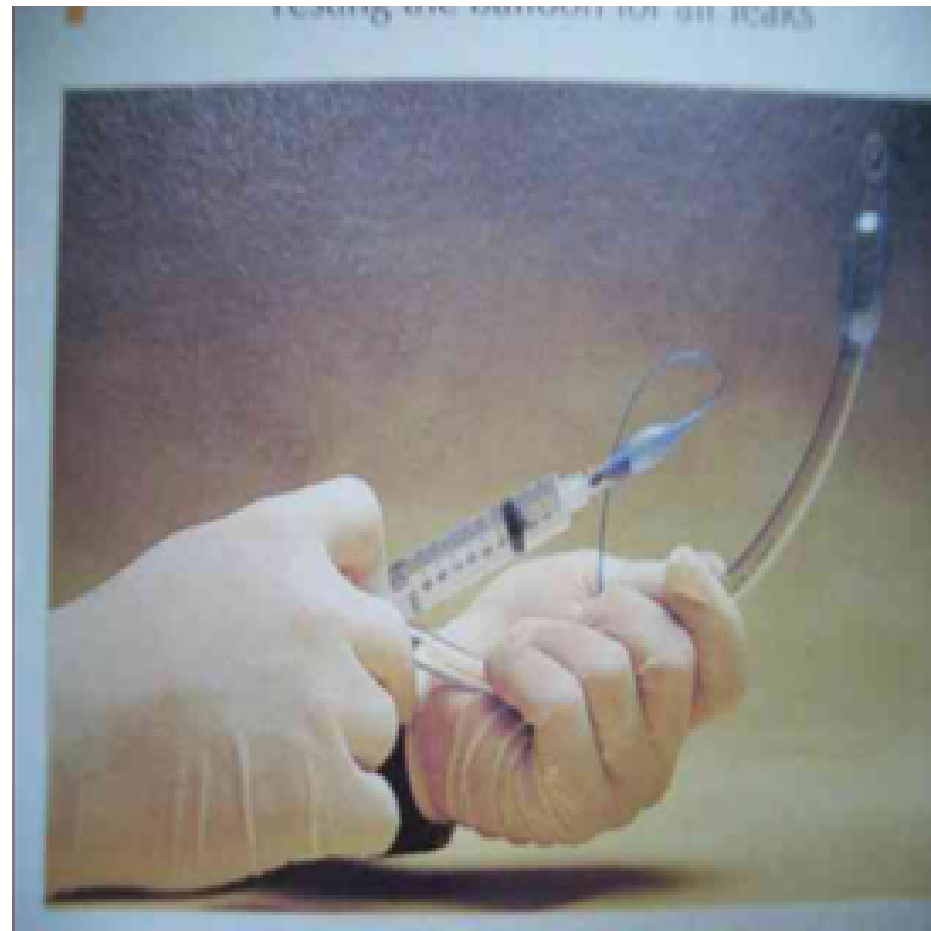
02 女性 插管内径为  
7—8mm;

04 新生儿插管内径  
为3mm。



- 检查所用的气管导管是否堵塞。
- 给气囊充气，保证气囊对称、无漏气，检查后把气囊内气体完全抽出

logo



如有需要，用无  
菌水溶性润滑剂  
润滑导管的气囊  
和管芯



# 诱导方法

## A

昏迷患者：出现咽反射强烈的应给予表面麻醉剂—丁卡因；或静脉给予肌松剂—琥珀胆碱

## B

清醒患者：给予安定\力月西\氯氨酮等药物进行麻醉诱导



”

## 插管过程一体位

在颈部屈曲和寰椎关节伸展的体位下最易实施  
喉镜检查。





## 插管过程—预充氧

在诱导和插管之前给病人预充氧能提高喉镜操作时的安全性

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/885333242023011243>