

支气管炎与慢阻肺急性加重的护理应对

◎富顺县永年镇中心卫生院 何 琴

在我们的日常护理工作中，支气管炎和慢性阻塞性肺疾病患者非常多见。很多人早期只是反复咳嗽、咳痰，觉得不算什么大病，能忍就忍，能拖就拖。可慢慢地，患者会发现情况一年比一年严重，住院次数也越来越多。其实，很多变化都发生在一次次被忽视的“急性加重”中。

所谓急性加重，简单来说，就是症状在短时间内明显变重。原来只是早上咳几声，现在一天到晚都在咳嗽；原来的痰是白色的，现在已经变黄、变绿；原来患者可以自己买菜、散步，现在走几步就喘得不行，晚上甚至憋得睡不着。这些变化，往往不是突然发生的，而是一步步逐渐加重，但由于患者对症状已经习惯，就容易被忽略。因此，动态观察与早期识别，是延缓疾病进展、改善预后不可忽视的重要环节。

为什么冬天特别容易出现急性加

重？作为护理人员，结合工作经验，我们对此进行了总结。天气一旦变冷，冷空气会刺激气道，气道更敏感，更容易发生痉挛；冬天感冒、流感概率较高，一次普通感染，就可能会让原本脆弱的呼吸道“扛不住”，再加上冬天门窗紧闭，室内空气不流通，油烟、粉尘等更容易滞留在室内，刺激气道。此外，不少患者觉得症状稍微有所好转，就会减药或者停药，等情况加重时，再用药往往就已经来不及了。

在护理工作中，我们见过不少患者在家里硬扛了好几天，等到实在喘不过气了，才被家人送来医院。有的患者到医院的时候说话已经很费力，还有的患者血氧很低，需要紧急吸氧甚至抢救。若能在症状刚出现时就及时就医，往往可以有效控制病情，避免病情演变至危重状态。一旦觉察咳嗽、咳痰或气喘症状发生变化，尤其是加重时，切莫心存

侥幸而继续观望。身体发出的这些信号，正是在提示当前状态存在风险。

在日常护理与健康宣教工作中，我们反复向患者强调一些看似简单却至重要的事情。关于规范用药，不少慢阻肺患者对吸入药物存在误解，他们认为吸入药物只是“治标”之策，甚至担心使用后会产生依赖。事实上，吸入药物的作用是帮助气道维持通畅的状态，进而降低急性加重的发生风险。真正导致病情反复且持续加重的原因，往往并非药物本身，而在于用药不规律及急性加重的情況反复发生。

以冬季生活护理为例，做好保暖措施非常重要，但需要注意的是，这并不意味着长时间紧闭门窗，让室内处于封闭状态。若室内空气过于浑浊，反而可能对呼吸道产生不良刺激。因此，适时通风换气，同时避免烟雾、香水、油烟等刺激性因素，对于减少病情急性加重具有重要意义。此外，一些简单的呼吸训练，比如腹式呼吸、缩唇呼吸等，以及适当地进行散步、太极拳等活动，也能在一定程度上帮助患者缓解气喘症状，提高身体的耐力。

此外，戒烟是我们在日常健康宣教工作中反复强调的要点。很多患者即便需要

长期吸氧，仍难以摆脱吸烟习惯。需要明确的是，只要持续吸烟，任何治疗措施的效果都会大打折扣，不仅影响药物疗效，还会加速肺功能恶化。戒烟并不是医护人员的强行要求，而是患者对自身呼吸系统健康最基本的保护措施。

家属在护理中扮演着不可忽视的角色，不要认为“这是老人的事，管不了”。很多时候，家属是最早察觉患者精神变差、活动能力下降、夜里睡不好等情况的人。多一句提醒，多一次陪同就医，可能就能避免急性加重甚至更严重的情况。

在基层临床实践中，我们深刻认识到支气管炎与慢阻肺并不是不可控制的疾病，其预后差异的关键并不在于疾病严重与否，而在于患者及家属对疾病的态度。重视者坚持规范治疗、积极预防加重，病情可长期保持稳定；忽视者则常因拖延而导致病情加重。

如果你或你的家人，一到冬天就反复咳嗽、气喘，且住院频率上升，请记住：这不是单纯的“老毛病”，而是身体发出警示信号，需要认真对待。早一点干预，早一点护理，就能避免很多痛苦，改善长期预后。☺

消化内镜检查前后，这些护理要点别忽视

◎成都市龙泉驿区第一人民医院 胡 敏

消化内镜是排查食管、胃、肠道黏膜病变最直观且精准的检查方式，能够有效发现炎症、息肉、溃疡、早期黏膜病变等各类消化道问题。检查结果准确性和检查后的恢复程度，不仅依赖医生的操作技术，更取决于患者检查前后的个人护理是否到位。忽视护理细节，容易在检查过程中出现视野不清、中断等情况，术后也可能出现腹胀、咽痛、黏膜不适等问题，还可能影响检查结果。

检查前做准备的意义

完善术前护理准备，目的是清空消化道内容物、保持黏膜视野洁净，同时降低检查风险、提升诊疗舒适度。胃镜检查前胃内残留食物、胃液过多，会遮挡黏膜病灶，导致微小息肉、浅表溃疡、早期病变无法被识别，造成漏诊、误诊。肠镜检查前肠道清洁不达标，残留粪便会遮挡肠壁黏膜，阻碍进镜观察，严重时需要二次预约复检。规范的术前准备还能减少检查

过程中恶心、呕吐、呛咳、腹胀等不适反应，规避麻醉、进镜过程中的安全隐患，为精准检查、微创治疗打下良好基础。

检查前规范护理操作

饮食上，胃镜检查前一日保持清淡、易消化饮食，选择粥、面条、蒸蛋等细软食物，避免粗粮、粗纤维蔬菜、油腻食物、深色水果等，减少胃内残渣堆积。检查前至少空腹6小时，上午检查者凌晨后禁食、禁水，下午检查者上午可以吃清淡的半流质食物，中午禁食。肠镜检查前三日需低渣饮食，完全避开蔬菜、菌类、坚果、杂粮等不易消化的粗纤维食物，防止肠道残留大量残渣难以清理，严格遵循饮食管控，是保障肠道清洁度的基础。

肠镜检查需严格按照医嘱按时、按量服用清肠药剂，搭配足量温水饮用，匀速走动促进肠道蠕动，直至排出清水样无渣液体，才算达到合格清肠标准，不可因腹胀、腹泻不适提前停药。检查前提前摘除

口腔假牙、牙套、项链等配饰，穿着宽松的衣物，方便检查操作。存在高血压、糖尿病、心脏病、药物过敏史的人群，提前告知医护人员用药情况，根据医嘱调整日常服药时间，抗凝药物需提前评估停药周期，规避术中出血风险。

检查后科学护理方式

检查后科学护理，助力身体快速回归正常状态。

1.饮食与进食护理

普通胃镜检查结束后，咽喉麻醉效果未完全消退前禁止进食、饮水，避免食物或水误入气道引发呛咳、窒息，麻醉感完全消失且吞咽功能恢复后，可少量饮用温水，进食温凉、软烂的清淡食物。无痛内镜检查需等待麻醉完全清醒，无明显恶心、头晕等不适后再进食、饮水，通常2小时后可以逐步进食，检查当日不要吃过烫、辛辣、坚硬、油腻食物，减少对消化道黏膜的刺激。若检查过程中进行取活检、切除息肉等治疗操作，需严格遵从医嘱延长禁食时间，短期内以流质、半流质食物为主，规避黏膜出血风险。

2.身体不适对症护理

检查后出现轻微咽喉肿痛、腹胀、轻微腹痛、排气增多属于正常现象，无

须过度紧张，可以缓慢走动并轻柔按摩腹部，促进肠道气体排出，快速缓解腹胀不适。咽喉不适可多饮用温水，短期少说话，避免过度用嗓，1~2天可自行恢复。检查当天避免剧烈运动、弯腰负重、久坐久躺，保持作息静养，减少消化道牵拉，避免腹腔压力升高。密切观察身体状态，区分正常术后反应与异常病变，做好基础对症护理。

术后异常与长期养护

内镜检查后多数轻微不适可自行缓解，若出现持续性剧烈腹痛、反复呕吐、呕血、黑便、便血、发热等异常情况，说明存在黏膜损伤、出血、穿孔等潜在问题，需立即就医复诊处理。检查结束后短期保持规律作息、清淡饮食，杜绝烟酒、熬夜、暴饮暴食，减少消化道负担。根据检查报告结果调整饮食与生活习惯，存在炎症、息肉、溃疡的人群，按时复查、规范用药，通过长期养护稳定消化道状态，规避病变反复加重。

消化内镜检查的全程护理细节，直接决定检查准确度、舒适度与术后恢复速度。落实全程精细化护理，配合专业检查与后续养护，可精准排查消化道问题，更好地守护胃肠健康。☺

急性中毒病情评估与临床护理干预

◎河北省承德市第四医院 胡宪华

急性中毒是急诊科面临的最凶险的情况之一，它起病急骤、变化迅速，前一秒还在谈笑风生，下一秒就可能丧失意识、多器官崩溃。面对这样的“闪电战”，只有将精准的病情评估与严密的临床护理干预紧密结合，才能构筑起有效的救治屏障，为患者挽回生机。

病情评估：围绕三个方面进行

急性中毒的病情评估，核心就是一个字——“快”，时效性是第一要义。从接诊的那一刻起，就必须同步推进三件事：明确毒物种类、判定病情严重程度、锁定受损器官。

首先，快速获取中毒信息。物种类不同，救治方向也各不相同。需在短时间内询问患者或家属：吃了什么？闻了什么？碰了什么？身边有没有药瓶和残留物等物证？同时，应留意中毒现场环境，排查有无有毒气体泄漏，并关注是否出现群体性

发病，后者往往是识别急性中毒事件的重要线索之一。

其次，识别危重信号。一旦出现深度昏迷、血压剧烈波动、体温过高或过低、呼吸衰竭、严重心律失常、持续抽搐、少尿或无尿等表现，只要出现其中任意一条，就意味着病情已经非常危急，必须争分夺秒，立即启动紧急干预。

最后，判断受损靶器官。瞳孔缩小多提示有机磷或阿片类中毒，瞳孔散大可能提示阿托品或氰化物中毒；口唇呈樱桃红色是一氧化碳中毒的典型标志；皮肤青紫指向亚硝酸盐中毒，而皮肤黄染则表明肝脏已受累。这些体征往往是决定后续治疗方向的关键依据。

清除毒物：干预的“第一道闸门”

评估完成后，护理干预立即启动，干预的“第一道闸门”就是切断毒源、减少吸收。

对于经口中毒患者，若患者意识清醒且中毒时间在6小时以内，催吐是最简单且有效的排毒手段，通过用压舌板或手指刺激咽后壁，诱发呕吐，让患者把胃里的毒物吐出来。但需注意，处于昏迷、惊厥、休克状态的患者，以及强酸、强碱中毒者，绝对禁止催吐，否则可能引发造成更严重的损伤，加重病情。洗胃是更彻底的清除方式，用大量温水或生理盐水反复灌洗胃腔，尽可能把残留毒物冲刷干净。

对于经皮肤接触中毒患者，护理操作须争分夺秒，立即脱去受污染的衣服，并用大量清水对皮肤、毛发及指甲缝进行彻底冲洗，冲洗时间不能少于20分钟。

对于经呼吸道吸入中毒者，应迅速将其转移至空气流通处，确保气道通畅，必要时立即气管插管或机械通气支持。

这些操作看似基础，但每一步执行的速度和准确性，都直接决定着毒物最终被机体吸收的总量。

对症治疗：护理是最后的防线

清除毒物仅仅是救治的起点，后续的综合治疗也是一场“硬仗”。特效解毒剂的使用必须严格对号入座。有机磷中毒选用阿托品与氯解磷定，亚硝酸盐中毒使用

亚甲蓝，氰化物中毒需联合亚硝酸异戊酯和硫代硫酸钠，阿片类药物过量则使用纳洛酮。需特别强调的是，解毒剂的选择具有高度特异性，误用或滥用反而可能加重病情，因此护理人员必须严格遵照医嘱执行给药，不容丝毫疏忽。

与此同时，对症支持治疗是护理的重中之重。需持续监测心电、血压、血氧饱和度及尿量变化，维持水电解质与酸碱平衡，保护肝肾功能，并预防肺水肿与脑水肿的发生。对于深度昏迷患者，护理上应保障呼吸道通畅，定时翻身、拍背，以防压疮和坠积性肺炎；同时精准记录每小时出入液量，因为尿量是反映肾脏灌注状态最为敏感的指标。值得警惕的是，即使患者的中毒症状暂时缓解，患者仍需留院观察至少24小时，警惕迟发性毒性反应。很多患者清醒后看似没问题了，实际上毒素仍在暗中损伤重要脏器，这是最容易被忽视的致命陷阱。

急性中毒的救治，评估是“导航仪”，护理是“安全带”。导航偏离则方向全错，安全带松懈则威胁生命。只有两者紧密配合，才能在这场与毒物的赛跑中，把患者稳稳地拉回来。☺