

痰痂软化,痰液稀薄,气道通畅。

2.3 指导患者深呼吸及有效的咳嗽,鼓励咳嗽排痰

老年喉癌患者年老体弱,肺功能不良,因咳嗽反射减弱,常有下气道分泌物的潴留,应在常规做好雾化、气道湿化、拍背的同时指导患者进行深呼吸训练及2步咳痰法,鼓励病人自行咳痰,以减轻反复吸痰引起的不适与并发症。雾化时嘱病人作深吸气,雾化药液可达气管粘膜,术后早期下床适当活动,多做深呼吸动作,有利于改善肺部气流量,减少残气量,改善缺氧,利于痰液排出。深呼吸方法为:嘱患者两手重叠放在脐部,经鼻缓缓地吸气,使腹部鼓起。然后缩唇,经口缓慢地将气呼出,同时收缩腹部肌肉,两手稍向腹内加压,吸与呼的时间之比为1:2或1:3,尽量将气呼净。每次练习3~5分钟,每天练习数次。有效咳痰方法为:不要剧烈咳嗽,以免引起呼吸困难,咳嗽时应上身的倾,尽可能缓缓深吸气,屏气2~3秒,然后分2步咳痰,先用腹部振动连续轻咳,把附着在气管深部的痰液振松再进行短而有力的咳嗽,将痰从肺部咳出,同时,可屈前臂,两手掌置锁骨下,上臂和前臂同时叩击前胸及侧胸壁,振动气道内分泌物,以增加咳嗽排痰效率。本组患者及家属对深呼吸及有效咳痰的康复指导均积极参与并配合。

总之,老年喉癌患者手术后气道护理中除了按常规的雾化、叩背、气道湿化、吸痰等排痰方法,还应有意识注意患者下呼吸道内痰液的潴留,适时深部吸痰;按需气道湿化,根据患者痰液的粘稠程度决定湿化的时机与量;并指导患者有效的深呼吸及有效咳嗽,鼓励咳嗽排痰,减少不必要的气道刺激,预防和减少气道并发症的发生,保证气道通畅。

喉部恶性肿瘤患者围手术期的个性化呼吸道管理

浙江大学医学院附属第二医院耳鼻咽喉科

310009 杨敏 汪群英

喉是人们呼吸、语言交流的重要器官。回顾性分析我院3年间喉部恶性肿瘤患者的呼吸道管理,我们对不同手术方式的喉部恶性肿瘤患者在围手术期的护理干预进行归类总结,提出:随着喉切除术后喉功能重建及保留喉功能手术方式不断改进和创新,在围手术期根据喉部恶性肿瘤的病变范围、部位和手术方式等采取个性化的呼吸道管理,能减少喉部恶性肿瘤患者的并发症,降低死亡率,对促进患者康复有重要意义。

喉部恶性肿瘤约占全身癌肿的1%~5%,占耳鼻咽喉科恶性肿瘤的7.9%~35%。喉部恶性肿瘤以手术治疗为首选,根据癌肿生长的不同部位及范围,选择的手术方式不同,围手术期呼吸道管理方法也有差异。

1 临床资料

我科自2004.1~2007.1共收治169例喉部恶性肿瘤患者,其中男166例,女3例;年龄39~84岁,平均60.12岁。进行喉全切除术73例,部分喉切除术94例,颈段食管癌切除、胃代食管胃咽吻合术2例。本组患者入院时伴有呼吸困难32例,手术后出现呼吸困

难 7 例经过及时处理后呼吸平稳,术后均康复出院。现将呼吸道管理体会总结如下:

2 围手术期护理

2.1 术前呼吸道管理

2.1.1 实施有效的心理护理,促进主动配合

喉部恶性肿瘤手术需要暂时或永久呼吸改道,患者在经受患癌症打击的同时需承受手术带来的呼吸改道和发音功能受损,有部分患者因不能接受失去讲话能力最终拒绝手术。故在手术前细致有效的心理护理对患者正确对待疾病很有帮助。我们针对具体手术情况制定护理措施:①对于部分喉切除术患者,我们重点告知患者在手术后呼吸通道改变和发音功能丧失是暂时的,并将恢复过程及术后配合要求告诉患者,以减轻患者的焦虑情绪。与患者及家属商讨手术后的临时交流方法,如准备写字板、纸、笔、卡片等。②对喉全切除患者,我们告知患者及家属手术后患者呼吸完全改道,造口是患者唯一的呼吸通道,保持通畅极为重要,利用已经康复的同种手术后患者作为榜样进行示范,以增加患者对手术的信心;并且与患者及家属一起探讨失去发音器官后的交流问题,康复后有人工喉、发音重建、食道音、颊语等方法弥补;③对于喉全切除行喉重建术的患者则按照部分喉切除术进行宣教。同时了解患者的需求,争取家庭、社会的支持。

2.1.2 术前呼吸功能评估与管理

呼吸道疾病及呼吸道感染是引起喉部恶性肿瘤术后呼吸衰竭的主要原因。我们的术前呼吸功能评估与管理措施:①根据喉阻塞分度对呼吸困难的喉部恶性肿瘤患者进行评估、观察与记录。本组 31 例患者入院时伴有Ⅱ度以上呼吸困难,全部在当天行预防性气管切开术,呼吸困难解除;本组 1 例患者因喉肿瘤在当地医院接受气管切开术,术后不久再次出现呼吸困难,转送我院,入院时患者呈现呼气性呼吸困难,经纤维喉镜检查发现金属套管远端开口被血痂包裹成圆桶状,患者可以吸气,但是呼气困难。考虑到血痂由伤口渗血引起,医生给予更换带气囊气管套管,患者呼吸转为平稳。②了解患者的肺功能,评估其心肺功能对手术的耐受程度,根据医嘱进行围手术期用药,口腔护理。③晚期喉部恶性肿瘤患者多存在不同程度的呼吸困难,喉镜检查或取活检后可加重呼吸困难,我们在患者接受检查和取活检后 24 小时内加强对其呼吸和出血情况的观察。④对于会厌癌患者,我们详细记录患者的饮食情况,会厌癌喉上神经受侵犯时喉功能失调易发生误吸,在进食时指导患者取坐位或半卧位,进餐软食,用药时,尽量避免用片剂或丸剂,以免误吸引起窒息。⑤吸烟可使患者的气管黏膜假复层纤毛柱状上皮受损,减弱纤毛的运动和排痰功能,并可使支气管分泌物增多和潴留,增加呼吸道感染的机会,围手术期规劝患者戒烟。

2.2 术后呼吸道管理

喉部恶性肿瘤手术往往同时需要行气管切开术,术后通过颈部气切口呼吸,失去鼻腔的过滤、加湿、加温等功能,空气直接进入下呼吸道,容易引起下呼吸道干燥、结痂,肺部感染。本组 169 例患者中有影像学显示肺部感染 13 例,经过抗炎治疗均痊愈出院。我们给予常规的呼吸道护理包括翻身、拍背、吸痰、湿化痰液、给氧、抗炎治疗、套管消毒、早期活动等与常规的气管切开护理相同。除此之外,因手术方式的不同采取以下个性化护理管理:

2.2.1 喉部分切除术的呼吸道管理

喉部分切除术已成为喉部恶性肿瘤的主要手术方式,它保留了喉的部分发音功能,提

高了患者的生存质量。喉部分切除术包括垂直面喉部分切除术、声门上水平部分喉切除术、水平垂直部分喉切除、喉次全切除术等。喉部分切除最常见的并发症是出血及误咽,两者都可以引起呼吸道并发症。

2.2.1.1 喉部分切除由于喉部术腔与气管相通,即使少量出血也可引起患者的剧烈咳嗽,血液流入下呼吸道可引起肺炎、肺不张等,严重者可因失血或窒息而死亡。术后须严密观察出血情况,出血多发生在术后24小时内。我们采取的措施是手术后24小时内使用气囊套管充气5~8ml预防血液流入呼吸道。本组2例患者术后24小时内出血较多,均从颈部敷料处流出,经过返手术室止血后未再出血。为预防呼吸道产生血凝块和分泌物结痂,我们对术后一周内的患者采用湿化液通过微量输液泵进行气管内持续滴液,每小时约6~14ml左右。1周后改用注射器间歇滴液或雾化吸入,患者无1例发生套管堵塞。

2.2.1.2 由于喉部分切除术后破坏了喉体生理功能的完整性,使喉的括约肌保护作用部分或全部丧失,可发生不同程度的误咽。以声门上水平喉部分切除术后尤为明显。严重的误咽,可出现营养不良、吸入性肺炎,阻塞呼吸道引起窒息等并发症。我们对本组11例误咽患者给予评估,轻度误咽患者在心理上进行鼓励、方法上给予指导,如选择粘性糊状食物进食、头位改变、呼吸控制、吞咽后咳嗽、或使用气囊套管在充气后进食等。对于重度误咽,患者多需经过一定时间的吞咽训练才能正常进食而不发生误吸,术后在无喉狭窄和吞咽功能障碍时方可拔管,往往需要在手术三个月以后,护理措施包括心理护理、吞咽训练、气囊套管的使用、营养状况评价、预防吸入性肺炎、出院指导与随访等,目前尚有1例进食时需要使用可充气的气囊套管。

2.2.2 喉全切除术的呼吸道管理

2.2.2.1 喉全切除术后,病人丧失说话和经口、鼻呼吸功能,气管造口成为唯一呼吸通道,重点在于保持呼吸道通畅,避免分泌物阻塞,预防异物、呕吐物吸入,预防肺部并发症。我们采用的护理措施包括:①严密观察呼吸情况,选择正确卧位。②及时吸痰。③给予低流量吸氧。④观察伤口出血情况。⑤呼吸道持续湿化1周。⑥给予翻身拍背,预防肺部并发症。⑦预防异物、污水吸入气管。

2.2.2.2 喉全切除发声重建术如气管食管瘘发音重建、气管环咽吻合术患者,误咽发生率高,可以出现严重误咽。在呼吸道管理中预防误咽引起的呼吸道感染、窒息极为重要,进食时加强观察与指导,并要准备吸引器等。其吞咽训练、呼吸道管理方法与部分喉切除术后患者基本相同。

2.2.3 喉部恶性肿瘤术后早期出现呼吸困难的原因分析与护理

本组患者术后早期出现呼吸困难共7例,有5例在手术后24小时内出现呼吸困难,排除了分泌物阻塞等情况,通过纤维喉镜检查发现塑料套管末端抵住气管后壁3例,发生在部分喉切除术患者;半脱管1例为喉全切除术后;喉全切除并发呼吸窘迫综合症1例。分析原因前3例是由于颈部敷料过硬过紧压迫套管,患者术后取头高位引起套管末端后倾而造成;半脱管1例是由于敷料过厚引起,前4例通过重新插入套管、包扎敷料,呼吸困难缓解。后1例给予呼吸机纯氧吸入,心电监护,抗炎治疗等处理,呼吸困难在48小时后缓解。其余2例中,1例在手术后第3天出现呼吸困难,主要是由于心肺功能差引起,给

予减慢输液速度、减少输液量后呼吸困难缓解。1例出现呼吸困难伴高热,明显的肺部感染症状,痰培养为 MRSA 感染,经过吸氧、万古霉素等药物治疗,感染得到有效控制,康复出院。

3 出院指导

喉部恶性肿瘤术后均需带管出院,患者及家属首先要学会气管切开的护理方法;护士要指导患者避免游泳、洗头时水吸入,远离烟雾。患者要学会适应自我形象改变带来的感受,乐观对待人生。

3.1 喉全切除患者呼吸改道,颈部造口是唯一呼吸通道。须指导患者重视造口护理,保持呼吸道通畅。学会取放喉套管。必要时应用造口网盖,避免异物吸入。患者发音器官丧失,交流困难,出院指导应包括各种替代方法,如颊语、食管音、电子喉等。

3.2 部分喉切除患者带管是暂时性的,大部分采用堵管后出院。为防止意外,也必须学会气管切开护理方法。

286 例未成熟儿视网膜病变筛查的护理配合

南京医科大学附属南京市儿童医院眼科

210008 任阿菊 杨 静 陈志钧

随着围产医学的发展,未成熟低体重儿存活率的提高,以及对早产儿视网膜病变的认识水平和检查手段的提高,我国未成熟儿视网膜病变(以下简称 ROP)的发生率有上升趋势。ROP 既往称晶体后纤维增生症,是发生在未成熟儿的眼部疾病,严重时可导致失明。其发生原因是多方面的,而视网膜血管异常增生与视网膜组织缺氧,是 ROP 发病及其严重程度的重要因素。现将我科门诊 ROP 筛查的 286 例患儿临床情况报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

通过对 286 例抢救成功的高危新生儿进行的眼底检查中,男性患儿 190 例,女性患儿 96 例,胎龄 28~30W,27 例;31~33W,61 例;34~36W,76 例; $\geq 37W$,122 例。体重 1000~1499g,19 例;1500~1999g,65 例;2000~2499g,43 例;未足月但体重在 2500g 以上的 32 例;足月低体重儿 10 例;足月但出生时分别存在各种高危因素 107 例,如新生儿呼吸窘迫综合征、新生儿窒息、新生儿缺血缺氧性脑病、新生儿宫内窘迫、新生儿肺炎、新生儿颅内出血等。

1.2 筛查方法

自矫正胎龄 30W 开始,部分高危早产儿可提前筛查,用美多丽滴眼液每 5 分钟点双眼 1 次,连续 3 次,30 分钟后进入暗室,固定患儿头部,予倍诺喜作表面麻醉,用婴儿开睑器撑开上下眼睑,暴露眼球,涂迪可罗眼膏,用进口 RetCam II 机直接从正位和侧位不同角度检查,并进行眼底照相。