

· 临床护理 ·

# 喉癌患者术后呼吸道的系统化安全管理

方利, 龚敏, 赵良淑, 陶春花, 李艺, 刘丽娜

(重庆市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 重庆 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.14.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)14-1673-01

喉癌是耳鼻喉科常见的恶性肿瘤,目前中国对喉癌的治疗,仍以外科手术切除配合放、化疗为主,喉癌术后患者均行气管切开,而气管切开后改变了呼吸道黏膜的完整性,分泌物增加,痰液黏稠易形成干痂而阻塞呼吸道,加上吸痰、胃管的留置易发生呼吸道感染,影响预后甚至威胁患者生命,因此,预防喉癌术后呼吸道的阻塞及感染等并发症是关键,通过对本科收治的 122 例喉癌手术治疗患者进行系统化安全管理,收到较好的效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2008 年 12 月至 2011 年 11 月本科行喉癌手术的患者 122 例,其中男 118 例,女 4 例;年龄 40~82 岁,平均(60.3±10.5)岁,行全喉切除加颈清扫 51 例,部分喉切除加颈清扫 65 例,单纯全喉切除 6 例。

## 1.2 方法

**1.2.1 设立专职气道管理护士** 由科室具有气道管理经验的高年资护士经培训后担任。培训内容:包括呼吸道的解剖、生理、人工气道管理要点、喉癌术后常见并发症的观察预防;操作培训内容包括各种紧急气道开放术,经口鼻吸痰、肺部物理治疗、呼吸道形成痰痂的紧急处理等。设计人工气道护理流程表:包括呼吸道安全风险因素评估、术后常规护理、术后即刻护理要点、术后 48 h 内护理要点、康复期常规护理,并制订了专科健康教育路径表。

**1.2.2 呼吸道安全的风因素评估** 人工气道是喉癌手术患者维持通气的重要通道,一旦阻塞即可引起窒息而危及生命,而呼吸道感染是人工气道病人常见并发症,直接影响患者的预后<sup>[1]</sup>。由气道专职护士每日评估术后患者气道情况,并记录。评估内容包括气道局部情况和全身情况两部分:气道局部情况重点评估气管切开时间、气管切开处切口情况、气管导管性质(一次性套管、金属套管),痰液的性质、量,呛咳反应程度、湿化液的选择;全身情况重点评估患者营养状况,有无并发症、呼吸道并发症等<sup>[2]</sup>。术后次日起评估患者活动的耐受性、咳嗽排痰情况、术后疾病的认知,督促患者功能锻炼,预防并发症。

## 1.2.3 呼吸道的安全管理措施

**1.2.3.1 保持呼吸道通畅** (1)掌握吸痰时机,行有效吸痰。评估导管通畅情况及管内分泌物的量、颜色、性质,掌握好恰当的吸痰指征:如患者出现咳嗽或憋气时床旁听到气道内有痰鸣音,SpO<sub>2</sub> 突然下降,应适时吸痰<sup>[3]</sup>。吸痰时动作应轻、快、准,每次吸痰时间应小于 15 s,负压范围 10.7~16.0 kPa,切忌在同一部位长时间反复提插以免损伤气道黏膜,每次尽量吸出痰管内的血性渗液及气道分泌物,术后 1~2 d 应适时吸痰,3 d 后按需吸痰,吸痰管采用一人一次一管,正确规范吸痰技术是防止血痂形成,确保患者气道通畅,减少肺部感染的有效措施。(2)按需进行气道湿化。根据患者痰液的黏稠度决定湿化的时机与量,按需进行气道湿化<sup>[4]</sup>。持续或间断向气道内滴注 0.45% 氯化钠溶液 20~100 mL 加地塞米松 10 mg/d,若手术

后期,患者痰液稀薄量少,可减少甚至不用气道湿化,行间断雾化吸入、套管口覆盖湿纱布、空气湿化等措施,减少滴液时对气管黏膜的刺激。若痰液黏稠量多,吸痰有阻力,频繁咳嗽,表明湿化不足,应增加湿化频次与量,并酌情延长雾化的时间与次数。同时正确指导患者咳嗽排痰,适时有效吸痰,按需湿化呼吸道是防止套管阻塞的关键。(3)促进有效咳嗽、排痰。根据病情指导患者翻身、深呼吸、背部叩拍、促进有效咳嗽、排痰。如术后 24 h 病情允许则让患者取半坐位,指导其做深呼吸运动,促使痰液自行咳出,以减轻反复吸痰引起的不适和并发症。对自行咳痰费力者,可叩背 10 分钟/次,3~4 次/天,协助咳嗽排痰,术后 48 h 鼓励患者多下床活动;对病情较重、年老体弱者要每日叩击背部及侧胸 4~6 次,以促进痰液排除;对于排痰困难者,按需吸痰,预防感染及痰痂形成。

**1.2.3.2 气管套管管理** 注意气管套管固定牢靠,松紧程度以容纳 1~2 手指为宜;套管口覆盖 1~2 层无菌湿纱布,保持下呼吸道湿润、通畅,患者能自由下床活动时,可用 3~4 层纱布做一简易防护罩罩于造瘘口,防止呼吸道干燥及灰尘、异物进入;常规清洗消毒内套管 2~3 次/天,加强颈部造瘘口周围皮肤的护理,每天换药 2 次,如导管内分泌物较多,咳嗽咳痰污染后及时换药。后期根据病情应尽早拔管,防止长期戴管发生溃疡、肉芽甚至瘢痕。拔管前试行逐级堵管至全堵管,全堵管 24~48 h 后,如无呼吸困难,即可拔管,堵管期间严格交接班,严密观察患者呼吸情况。

**1.2.3.3 预防及控制感染** 指导患者勤漱口,口腔护理,2~3 次/天,以减少口腔细菌的定植;控制环境温度 20~22℃,相对湿度 70%~80%,使患者痰液稀薄便于吸出或咳出。每日定时开窗通风,紫外线照射消毒房间,用 0.5% 含氯消毒剂湿拖房间地面 2 次/天,以预防感染。

**1.2.3.4 营养支持,增强机体抵抗力** 喉癌手术后常规放置鼻胃管 10~12 d,通过肠内、肠外联合营养支持及补充水分,术日开始静滴营养剂,应控制营养剂滴入的速度、量及间隔时间,术后次日开始鼻饲流质,采取少量多餐、逐步增加进食原则,进食时若患者病情允许时可取坐位,避免胃内容物反流、误吸而引起肺内感染;同时监测血糖、观察有无感染等并发症;评估消化吸收情况,有无腹泻以及其他不良反应,及时进行调整。

**1.2.3.5 并发症的预防与管理** 术前应评估患者凝血功能、体型、手术类别选择合适的套管;术后密切观察切口敷料渗血情况及患者全身情况。若局部少量渗血,可立即充足气管导管气囊或用碘仿纱条填压止血,静脉应用止血药物等;若发现咳嗽或吸出分泌物中有大量鲜血,立即去枕平卧位,头侧向一边,口中血液勿下咽,同时采取止血、补液等措施。预防出血关键:患者进食、水、换药时,防止误吸咳嗽,吸痰时勿损伤气道黏膜致出血;气囊定时放气并控制气囊内压力不超过 25~30 mm Hg,防止气道黏膜损伤。

**1.2.3.6 健康教育** 专科健康教育路径表(下转第 1680 页)

AH-A 按血友病常规治疗疗效差,与 AH-A 发病机制有关。治疗上必须启动免疫抑制剂治疗,迅速消除抗体。临床上常用糖皮质激素联合环磷酰胺或利妥昔单抗治疗能取得较好的效果,但不良反应明显<sup>[7]</sup>。利妥昔单抗能够迅速去除循环中的 B 淋巴细胞,从而减少 FⅧ抗体生成<sup>[8]</sup>。利妥昔单抗价格昂贵,限制了临床上的普遍运用。泼尼松( $1\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ )单用疗效为 30.00%,加用环磷酰胺( $1\sim 2\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ )后有效率可达 60.00%~100.00%,为多年来清除自身抗体的主要治疗方法<sup>[4]</sup>。糖皮质激素联合环孢素、硫唑嘌呤、长春新碱等免疫抑制剂也可能有效。本例患者给予了泼尼松联合环孢素治疗,不但对 AH-A 有明显效果,同时对 pSS 也起到了治疗作用。近年来对环孢素治疗 AH-H 有了进一步认识,它的作用机制是抑制 T 细胞受体信号传导中的关键酶 calcineurin,抑制白介素转录、T 细胞克隆扩增和产生细胞因子<sup>[9]</sup>。出血较大的可试用大剂量丙种球蛋白,对部分抗体滴度高且对糖皮质激素无效或危及生命的出血患者,还可应用血浆置换和免疫吸附。总结 AH-A 的处理原则包括治疗原发病,迅速有效的止血,清除或减少 FⅧ抗体的产生<sup>[10]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] Vignes S, Le Moing V, Meekel P, et al. Acquired hemophilia; a rare complication of Sjögren's syndrome[J]. Clin Exp Rheumatol, 1996, 14(5): 559-560.
- [2] Dachman AF, Margolis H, Aboulafia E. Does sjögren's syndrome predispose surgical patients to acquired hemophilia[J]. J Am Osteopath Assoc, 1995, 95(2): 115-118.
- [3] Dannhäuser D, Casonato A, Pietrogrande F, et al. Acquired

factor Ⅷ: C inhibitor in a patient with Sjögren's syndrome; successful treatment with steroid and immunosuppressive therapy[J]. Acta Haematol, 1994, 91(2): 73-76.

- [4] Delgado J, Jimenez-Yuste V, Hernandez-Navarro F, et al. Acquired haemophilia; review and meta-analysis focused on therapy and prognostic factors[J]. Br J Haematol, 2003, 121(1): 21-35.
- [5] 董雷鸣, 王学锋. 获得性血友病 A 的诊断[J]. 中国输血杂志, 2009, 22(7): 600-602.
- [6] 董雷鸣, 许冠群, 张利伟, 等. 5 例获得性血友病 A 的诊断及其体会[J]. 诊断学理论与实践, 2008, 7(5): 492-496.
- [7] Pardos-Gea J, Altisent C, Parra R, et al. Acquired haemophilia A. First line treatment with calcineurin inhibitors and steroid pulses: a 10-year follow-up study[J]. Haemophilia, 2012, 18(5): 789-793.
- [8] Sperr WR, Lechner K, Pabinger I. Rituximab for the treatment of acquired antibodies to factor Ⅷ[J]. Haematologica, 2007, 92(1): 66-71.
- [9] 周水阳, 糜坚青, 王学锋. 获得性血友病 A2 例治疗报告并文献复习[J]. 临床血液学杂志: 输血与检验版, 2008, 21(1): 90-92.
- [10] 谢炳寿, 王文权, 黄瑛, 等. 获得性血友病 A 的临床分析与实验室检查[J]. 中国实验血液学杂志, 2009, 17(1): 206-208.

(收稿日期: 2012-11-18 修回日期: 2013-02-13)

(上接第 1673 页)

的内容包括心理指导、饮食指导、呼吸道管理、功能锻炼、言语康复指导、套管护理及出院指导。如喉癌患者术后 7~10 d 开始试验由口进食, 为避免误咽, 先从较软的固体食物(如香蕉、蛋糕等)开始, 以后过渡到普食。健康教育采取口头讲解、宣传彩页、图片资料等形式进行, 包括个体化指导、集中指导等方式如气管切开带套管出院患者带管的护理操作演示、讲解注意事项, 出院后定期随访等。

#### 2 结 果

122 例喉癌手术患者中套管内形成痰痂 3 例, 均采取相应紧急措施后呼吸困难症状缓解; 1 例患者因剧烈咳嗽致脱管, 经及时发现处理, 3 例带管出院, 其余患者均顺利堵管、拔管; 5 例患者术后出现呼吸道感染, 均经抗感染及对症治疗, 呼吸道感染得到有效控制; 1 例患者术后 4 h 吸痰时, 发现痰液呈血性, 切口敷料有新鲜血液渗出, 予充足气囊、加压包扎, 静滴止血药后出血停止。

#### 3 讨 论

喉癌术后呼吸道的阻塞及感染是最严重的并发症, 通过对 122 例喉癌术后患者进行系统化安全管理, 包括设置专职气道管理护士, 设计人工气道护理流程, 连续动态评估呼吸道风险因素, 制订并实施一系列针对性的护理措施, 使护理工作更加系统、规范。合理湿化气道, 可有效清除呼吸道的分泌物, 而湿化效果以痰液稀薄, 容易咳出或吸出为宜<sup>[4]</sup>。本组患者通过持续或间断向气道内滴注 0.45% 氯化钠溶液 20~100 mL 加地塞米松 10 mg/d, 起到了较好的气道湿化效果<sup>[5]</sup>。呼吸道感染主要与呼吸模式的改变, 咽、喉及下呼吸道的分泌物滞留、患者自身因素以及吸痰、消毒、更换气管套管、伤口换药无菌操作不严有关<sup>[6-7]</sup>。因此, 加强口腔护理及环境的消毒控制是减少

呼吸道感染的重要措施之一, 喉癌术后患者围术期的主要并发症为皮下气肿、纵膈气肿、气胸、出血、脱管、空气栓塞和死亡等<sup>[8]</sup>, 本文通过专职气道管理护士动态评估呼吸道风险因素后, 制订并实施一系列针对性的护理措施, 在预防呼吸道的阻塞、出血、感染等并发症方面取得了满意的效果, 确保了患者安全, 优化了护理流程, 提高了人工气道护理质量及患者对护理工作的满意度。

#### 参考文献:

- [1] 张巧蓉, 朱会. 循证护理在全喉切除术患者呼吸道管理中的应用[J]. 全科护理, 2009, 7(29): 2647-2648.
- [2] 朱红, 叶向红, 方红梅. 喉癌术后患者人工气道的系统化管理[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(5): 439-440.
- [3] 张兰芳, 朱秀华, 张玲. 适时吸痰对机械通气相关性肺炎的影响[J]. 护理学杂志, 2005, 20(11): 12-13.
- [4] 曲荣坤, 韩杰. 23 例老年喉癌患者术后的气道护理[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(4): 332-334.
- [5] 丁彩儿, 李剑萍, 丁国芳, 等. 气管切开后不同湿化液对气道影响的实验研究[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(10): 872-874.
- [6] 黄新育. 医院获得性肺炎 30 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2002, 2(9): 1407-1407.
- [7] 胡风云, 骆文龙, 李晶斌. 喉癌全切后气管感染与肺功能减损相关性分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(12): 1141-1142.
- [8] 俞森洋. 现代机械通气的理论和实践[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.

(收稿日期: 2012-11-08 修回日期: 2013-01-21)