

合并急性喉梗阻的小儿急性喉炎的临床急救与护理对策分析

龚永书¹, 刘继军^{2△}

(1. 重庆医科大学附属永川医院儿科 402160; 2. 重庆市璧山区中医院耳鼻咽喉科 402700)

[中图法分类号] R725.6 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2017)28-4026-02

小儿急性喉炎合并急性喉梗阻是儿科常见危急重症之一, 由喉腔黏膜的急性弥漫性炎症引起, 以发热、喉鸣、声嘶、犬吠样咳嗽及吸气性呼吸困难为主要临床表现, 发病急, 病情变化迅速, 发生严重的Ⅲ度以上呼吸困难时, 甚至需要行气管切开术, 严重危及患儿的生命^[1]。采取及时有效的急救与护理对策, 对减少气管切开、减少并发症及提高治疗成功率显得尤为重要, 本文分析重庆医科大学附属永川医院接收的小儿急性喉炎合并急性喉梗阻 78 例患儿, 对其采取急救与护理的对策, 取得良好效果, 现回顾结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院从 2013 年 1 月至 2015 年 12 月收治并确诊合并急性喉梗阻的小儿急性喉炎患儿 78 例, 其中男 46 例, 女 32 例, 年龄 5 个月至 8 岁, 平均(2.7±0.8)岁; 均有发热、声嘶、犬吠样咳嗽、喉鸣、不同程度呼吸困难等临床表现, 其中合并急性喉梗阻Ⅰ度 24 例, Ⅱ度 38 例, Ⅲ度 16 例。诊断标准按照《实用儿科学》对小儿急性喉炎合并急性喉梗阻的诊断^[2]及急性喉梗阻分级标准^[3]。排除标准: 小儿哮喘、气管支气管异物、喉软化症、喉部先天性疾病、白喉及过敏性疾病等引起的急性喉炎伴急性喉梗阻者。

1.2 护理方法

1.2.1 护理团队的确立 根据科室护理人员划分成若干个护理单元, 确定管床责任护士, 做到每个护理单元能够熟悉负责床位患儿情况, 对护理难点和重点制订个性化的护理计划和目标。

1.2.2 一般护理 在生活及心理护理方面, 为患儿提供舒适安全的病房环境, 为保持病房湿度采用湿化器等, 做好必要的消毒和隔离, 防止交叉感染, 增强对患儿家属的健康宣教和安抚沟通, 取得家属的积极配合也是间接参与护理的体现, 在饮食护理方面, 根据不同患儿的生理特点以及疾病不同阶段状态, 采取两个方式进行饮食护理, 一是指导患儿家属给患儿的喂养方式, 给予高蛋白、高维生素、低脂易消化的流质或半流质饮食为主。二是建议营养科会诊, 对患者进行个体化的膳食护理, 其中 35 例患儿接受了营养科的饮食配方。

1.2.3 体位护理 每个护理单元根据不同年龄阶段的患儿, 都针对性一对一给予指导, 对 1 岁以内的患儿应指导家属取抱坐哺乳位, 头颈不易过度前俯后仰, 以免气管受到压迫而加重呼吸困难, 对稍大患儿可取半卧位或头颈背垫高斜坡卧位, 无哭闹时可让患儿平卧安静休息, 肩部下方稍垫高, 利于保持呼吸道通畅。所有护理处置操作尽量集中进行, 护理动作要轻柔准确, 语言亲切, 消除患儿恐惧、紧张心理。

1.3 急救与护理方法

1.3.1 建立静脉通路的选择 全部患儿入院后根据患者年龄以及是否有呼吸困难等情况, 均及时建立外周或中心静脉置入静脉套管针, 其中 72 例采用头静脉或贵要静脉通路, 6 例采用股静脉通路, 不同静脉通路静脉套管针的选择, 不仅可以减少反复穿刺的痛苦, 对护理抢救过程中给药、监测中心静脉压等有积极作用, 并同时密切观察体温等生命体征, 观察口唇、面色及全身皮肤、观察咳嗽、声嘶等情况, 观察有无呼吸困难、鼻翼扇动、发绀等, 及时判断病情迅速准确对患儿病情做出客观、全面的评估, 做出明确的护理诊断, 判断病情的严重程度。

1.3.2 保持呼吸道通畅 保持呼吸道通畅是合并急性喉梗阻的急性喉炎患儿的临床急救关键。护理人员在及时判断急性喉梗阻的程度的同时, 积极准备各种抢救物品及药品、气管切开包、吸痰器、氧气, 及时帮助患儿清除喉部的分泌物, 必要时给予吸痰, 以保证呼吸道的通畅, 同时根据不同年龄阶段的患儿给予鼻导管吸氧或面罩吸氧, 氧气流量: 婴儿 0.5~1.0 L/min, 学龄前儿童 1.0~1.5 L/min, 学龄儿童 1.5~2.0 L/min, 头罩吸氧 5.0~8.0 L/min, 根据患儿年龄情况以及痰液阻塞状况选取适当的吸痰管及负压吸痰, 给予口鼻腔吸痰、气管导管进行吸痰, 必要时给予气道内灌洗, 其中 56 例给予口鼻腔吸痰, 12 例给予气管导管吸痰, 10 例行气道内灌洗, 吸痰时动作要轻柔, 负压应不超过 300 mm Hg, 每次吸痰时间小于 10 s, 密切观察患儿喉梗阻症状, 一旦出现烦躁不安、呼吸急促、三凹征明显加重及时通知医生行气管切开术, 同时做好气管切开的护理。

1.3.3 医药学护理 本研究全部病例均给予抗菌药物、抗病毒药物及糖皮质激素的应用。(1)应尽快遵医嘱给予足量敏感的抗菌药物和抗病毒药物静脉滴注, 使用抗菌药物及激素控制感染, 消除水肿。地塞米松首剂 5.0~10.0 mg 静脉推注, 以后遵医嘱 12 h 1 次或 8 h 1 次。出现Ⅲ度呼吸困难的患儿, 给予大剂量糖皮质激素进行冲击治疗。(2)对烦躁不安的患儿可根据医嘱使用异丙嗪等镇静药。(3)输液时加强巡视, 注意输液速度不可过快, 以免引起心力衰竭, 密切观察用药过程中可能出现的不良反应情况, 一旦出现异常, 及时报告医师处理。

1.3.4 雾化吸入护理 (1)应用高流量氧气行普米克令舒雾化吸入治疗, 每次 2 mg, 每次吸入时间 10 min, Ⅰ度喉梗阻每天 2 次, 连续 3 d; Ⅱ度以上喉梗阻每天 3 次, 每间隔 2~8 h 重复使用, 连续 3 d。(2)雾化吸入治疗过程中, 护理人员应守护在患儿旁, 积极安慰患儿, 提高其对雾化吸入治疗的依从性, 同时密切注意观察心率、呼吸及血氧变化。(3)雾化吸入治疗后, 帮助患儿变换体位、拍背, 以利于患儿的痰液及时排出, 利于保持呼吸道通畅。雾化吸入尽量趁患儿安静时进行, 以免哭闹影

响疗效,避免时间过长引起肺泡内水肿。

1.3.5 出院指导 本组患儿均建立随访病历档案,并详细记录入院期间的诊治情况以及出院后的随访情况,指导患儿出院后的生活习惯,适度户外运动以及营养饮食的调理,着重指导家属对小儿喉炎的认识,正确的药物应用,如何及时进行检查和治疗。

1.4 观察指标 调查分析患儿及家属对护理工作的满意度,采用问卷形式,患儿家属填写对护理工作满意度问卷表,分为非常满意、满意、一般、不满意;观察患儿入院后不同时段的主要症状变化情况(入院时、24、48、24 h 症状消失率);观察临床疗效,疗效判断标准如下,显效:经临床治疗和护理后患儿的临床症状及体征消失或有显著缓解;有效:经临床治疗和护理后患儿的临床症状及体征有所减轻;无效:经临床治疗和护理后患儿的临床症状及体征未有变化,甚至有所加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,对比采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

全部 78 例患儿经过上述急救治疗和护理对策,均未行气管切开术,无任何并发症发生,病程 4~9 d,平均(5.1±1.3)d 痊愈出院。所有病例对护理工作满意度分析,总满意度为 94.9%,其中,非常满意 61 例(78.2%),满意 13 例(16.7%),一般 3(3.8%),不满意 1 例(1.3%)。所有患儿入院后经急救与护理后不同时间段症状变化情况结果见表 1。本组 78 例急性喉炎合并急性喉梗阻患儿经有效的临床急救与护理后治疗总有效率为 100%,其中,显效 71 例(91.0%),有效 7 例(9.0%),无效 0 例。

表 1 78 例患儿入院后不同时段主要症状变化情况(n)				
症状	入院后	24 h	48 h	24 h 症状消失率(×10 ⁻²)
发热	54	12	1	72.1
声嘶	49	19	5	65.4
喉鸣	42	10	2	67.9
犬吠样咳嗽	31	8	0	63.5
吸气性三凹征	37	9	2	69.6

3 讨 论

大量临床研究证明,小儿急性喉炎伴急性喉梗阻在治疗过程中采取科学、合理的护理措施,不仅可以缓解患儿的病情,增强临床疗效,还可以改善患儿的预后,提高其生存质量^[4]。作者通过对 78 例合并急性喉梗阻的小儿急性喉炎的临床急救护理回顾研究,总结出采取急救与护理的干预对策方法对减少并发症的发生、减少气管切开术、提高治愈率等方面是积极有效的。

首先,作者对 78 例患儿均做出及时准确的护理诊断以及早判断本病的严重程度,这必须建立在护理人员充分认识小儿的病理生理特点和入院后及时的观察生命体征的基础上,如

小儿喉腔和声门的解剖结构狭小,神经系统不稳定,咳嗽反射弱,喉部黏膜下组织较疏松,发生炎症是易导致黏膜水肿和喉痉挛,可引发不同程度急性喉梗阻^[5]。其次,在急救与护理方面选择合适的外周或中心静脉置入静脉套管针建立静脉通路,选择正确的体位护理,有效打开呼吸道,并根据患儿呼吸道情况及痰液阻塞情况选择不同的吸痰护理,78 例患儿分别选择了鼻腔吸痰、气管导管吸痰,以及气道内灌洗,作者采用雾化吸入遵医嘱使用普米克令舒雾化吸入治疗,观察此药物对患儿口咽部刺激小,气道药液利用率更高,用药剂量小,可有效改善患儿的临床症状^[6]。再次,合理遵医嘱使用糖皮质激素和抗生素控制感染,减轻炎症反应,是缓解病情必不可少的重要治疗措施,对于Ⅲ度喉梗阻可行激素冲击治疗,有效缓解喉部炎性水肿^[7],对于治疗护理过程中烦躁不安的患儿可适当用镇静剂^[8-9]。最后,生活及心理护理方面也是影响此病预后的主要因素,做好与患儿家属的人文护理沟通,包括和蔼关切的语言、态度和无形的肢体语言,特别对患儿病情突然迅速加重变化时,有利于患儿病情的恢复和家长情绪的稳定^[10]。

本研究结果表明,78 例合并急性喉阻塞的小儿急性喉炎采取准确及时有效的急救护理对策,其护理满意度高达 94.9%,入院后 24 h 症状消失率显著,所有病例无并发症发生,无气管切开病例,总有效率 100.0%。值得在临床实践过程中值得推广和借鉴。

参考文献

[1] Greer S,Pwcho M. Intervention the gap between research and practice[J]. Acta Oneol,2012,41(4):238-243.

[2] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2005:1162-1164.

[3] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2012:214.

[4] 吴金霞. 小儿急性喉炎伴喉梗阻的急救与护理[J]. 现代诊断与治疗,2014,25(3):717-718.

[5] 刘瑞华. 小儿急性喉炎的救治与护理[J]. 全科护理,2013,11(26):2423-2424.

[6] 卢仕仰,黄从付,刘巧红. 普米克令舒雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗,2016,27(2):231-233.

[7] 马淑娟. 小儿急性喉炎伴喉梗阻的急救与护理[J]. 实用医技杂志,2011,18(1):100.

[8] 韩宪瑜. 小儿喉炎 67 例临床分析[J]. 中外医学研究,2013,13(20):190-191.

[9] Ollet AL,Sabba NJ,O RO. Recu r rent la r y ngit is i n ch ild; evaluation with multichannel intraluminal impedance [J]. Acta Gastroenterol Latinoam,2013,43(1):9-11.

[10] 庾秀敏. 小儿急性喉炎伴喉梗阻的急救护理[J]. 中国中西医结合儿科学,2014,6(1):86-87.