

1 例舌癌根治术行气管切开并发无名动脉大出血患者的护理

邢育珍,宋婉芬,肖淑萍

(华中科技大学同济医学院附属协和医院口腔医学中心,湖北武汉,430022)

[关键词] 舌癌根治术;气管切开;无名动脉大出血;并发症;护理

[中图分类号] R473.78 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2016)04-0080-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.04.020

Nursing of one patient undergoing tongue radical mastectomy and tracheotomy complicated with innominate artery bleeding

Xing Yuzhen, Song Wanfen, Xiao Shuping//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(1):80.

[Key words] tongue cancer radical mastectomy; tracheotomy; innominate artery bleeding; complication; nursing

舌癌是最常见的口腔癌,主要是以手术治疗为主,手术方式以切除原发病灶加同侧颈部淋巴结清扫术,舌缺损 1/2 以上同时行舌再造术。由于手术切除范围广,损伤大,手术后舌部会出现明显肿胀,为维护气道的安全,避免术后发生呼吸困难,提高手术成功率,术中预防性气管切开是临床治疗的必要手段^[1]。而气管切开术存在一系列并发症,如皮下气肿、气胸、肺部感染等。大出血是气管切开术的严重并发症,其中无名动脉破裂出血最具有致命性,一旦发生,抢救成功率几乎为零。本科室于 2015 年 3 月收治 1 例舌癌患者行左舌颌颈联合根治术+股前外侧皮瓣转移缺损修复术+气管切开术后并发无名动脉大出血,经及时抢救、有效护理患者治愈出院,现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者男,37 岁,因左侧舌后缘肿物 1 月余伴疼痛,口腔科门诊活检病理诊断为左舌鳞状细胞癌后收治入本科。患者入院后完善术前相关检查后行 5 d 的新福菌素化疗治疗,3d 后在全麻下行左舌颌颈联合根治术+股前外侧皮瓣转移缺损修复术+气管切开术。术后当天患者生命体征正常;术后 2 d 患者出现呼吸困难、胸闷,体温 37.2℃,脉搏

102 次/min,血压 115/78 mmHg,血氧饱和度 90%,呼吸 25 次/min。行床边胸片见右侧气胸线,右肺压缩约 35%~50%,颈根部、左侧胸壁皮下气肿。请胸外科会诊行胸腔闭式引流后患者呼吸逐渐平稳,血氧饱和度上升至 95%以上。术后 4 d 患者气管切开处敷料少量渗血,吸出痰液呈粉红色,邀请耳鼻喉科会诊,局麻下行气管切开处出血点探查缝合,填塞凡士林纱条。术后 7 d 患者气管切开处突然大量出血,立即清理呼吸道,行扩容治疗,请心外科、胸外科、耳鼻喉科、血管外科会诊,在体外循环全麻下行气管造瘘探查止血+开胸探查+无名动脉修补术+气管前臂肌瓣修补术并转入 ICU。1 周后患者转入本科病房继续治疗,转入时患者气管切开处吸出痰液粘稠,痰培养显示鲍曼不动杆菌感染,背部及臀部大片红疹伴脱皮,臀裂处 0.5 cm×1 cm 破溃,颈部引流管、尿管通畅。邀请感染科、呼吸内科、胸外科、耳鼻喉科、皮肤科会诊,会诊意见为严密观察患者生命体征及病情变化,保持呼吸道畅通,抗感染治疗,正确有效气道管理,严格执行多重耐药菌感染管理,加强皮肤护理。经治疗及护理,患者住院 45 d 康复出院。

2 护理

2.1 体位管理

由于该例患者行左舌颌颈联合根治术+股前外侧皮瓣转移缺损修复术,术后 6 h~3 d 必须制动头颈部,预防血管危象发生,防止皮瓣处吻合血

[收稿日期] 2015-11-23

[作者简介] 邢育珍(1974-),女,湖北黄梅人,副主任护师,本科,主要从事口腔科护理与护理管理工作。

管发生血流障碍导致皮瓣坏死。气管切开后为防止套管压迫、摩擦气管引起管壁缺血、坏死,保持气管套管在正中位置,患者的头部不易过度后伸。杨晶等^[2]研究证实,半卧位时气囊压力最小,临床护理中注意不采取或尽量减少平卧位时间,且半卧位有利于气体交换。头颈部过度扭曲,会使套管末端低于气管壁,长时间多次摩擦、撞击,可导致气管壁损伤破裂大出血。因此抬高床头 30° ,患者不用枕头。平卧时患者头部抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$,翻身、拍背、侧卧时保护头部,使患者的头、颈、躯干处于同一轴线,避免头部向后伸屈或头颈发生扭曲。术后5 d该例患者安全渡过血管危象期,皮瓣未发生血流障碍,存活良好。该例患者术后30 d气管切开安全堵管,未因体位管理不当导致并发症。

2.2 气管切开的护理

2.2.1 保持气囊压力适宜 气囊压力是决定气囊是否损伤气管黏膜的重要因素,理想的气囊压力为有效封闭气囊与气管间隙的最小压力。该例患者由于无名动脉大出血进行气管造瘘探查止血+开胸探查+无名动脉修补术+气管前臂肌瓣修补术,气管壁十分脆弱,不能耐受长时间过大的压力,因此安全有效地气囊压力是确保患者气管黏膜不受损的重要措施。研究表明^[3],长期带管的患者气管黏膜所承受的压力低于 $30 \text{ cmH}_2\text{O}$ 是安全的。为预防并发症的发生,每6 h用气囊测压仪监测气管气囊压,维持在 $20 \sim 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ 之间,此范围内该例患者气管黏膜得到适度的保护,痰液性状良好,未见黏膜出血。

2.2.2 气管套管固定 该例患者舌颌颈联合根治术后颈部肿胀,采用改良气管外固定的方法,用止血带穿过颈部固定绳将气管装置固定于患者颈部,同时止血带与患者皮肤之间垫两层纱布。止血带弹性良好可避免因颈部术后肿胀而导致固定绳固定过紧而影响患者的呼吸、血运,损伤颈部受压皮肤。垫纱布可分散局部皮肤受压,吸汗,预防局部皮肤压疮,使患者舒适。止血带每日清洁1次,纱布每日更换2次,出汗或污染时随时更换。

2.2.3 正确吸痰 正确吸痰避免黏膜上皮细胞受损,也是预防气管内黏膜出血的重要措施。由于该例患者已行无名动脉修补术,身体消耗大,机体处

于低能状态,操作动作不当可诱发二次大出血,要求吸痰动作轻柔、迅速、规范。采用三步排痰法:首先进行雾化,其次行背部叩击,使痰液松动由深部向外侧移动,如不能自行排出再进行吸痰。吸痰时保持无菌操作,树立气管如血管的无菌观念,一人一管一手套,吸痰管选择外径不超过内套管内径 $1/2$,管壁平滑的硅胶管。插入吸痰管前先用生理盐水湿润,在无负压状态下轻轻插入 $6 \sim 7 \text{ cm}$,后打开气压,一边旋转一边慢慢退出进行吸引,切忌上下吸引。每次吸痰时间少于15 s,吸痰负压在 $100 \sim 150 \text{ mmHg}$ 之间。在同一部位长时间反复及深部吸痰容易损伤黏膜,造成单侧肺充分吸痰,另一侧痰液堆积,严重者还会造成肺不张^[4]。该例患者在气管切开后未因吸痰不当导致不良事件。

2.2.4 出血的观察与护理 气管切开后需严密观察患者有无出血征兆,气管切开处敷料是否出现出血、渗血;患者咳出痰液是否带有鲜血,是否为鲜红色;气管套管是否随动脉搏动,如有以上情况必须做好抢救准备。一旦发现出血,必须保持冷静,严密观察生命体征,密切配合医生迅速止血,立即吸出血性分泌物,建立静脉双通道,补充血容量。该例患者经过规范、科学的护理,未出现气管切开后大出血征兆,安全渡过危险期。

2.2.5 气管切口的护理 该例患者由于已发生气管切开后并发症,第2次手术对气管进行修补,气管切开后创面的护理十分重要,需要为伤口修复创造更好的条件。为预防伤口感染,严格无菌操作,气管切开处每天上下午各换药1次,如有分泌物增多、出血、渗液及时消毒并更换敷料。该例患者住院期间未发生气管切口感染,堵管后伤口愈合良好。

2.2.6 气管内套管的护理 气管内套管定时取出清洗消毒,每6 h更换气管内套管1次,使用内套管清理痰痂后用无菌双氧水浸泡1 h,再用无菌生理盐水冲洗,最后用无菌纱布擦干后保存,并标注患者的姓名、住院号、时间及签名,同一型号的内套管确保2个交替使用,使内外套管始终不分离。

2.2.7 人工气道湿化 研究表明^[5],气管切开处每日丢失水份约350 mL。水份丢失导致呼吸道黏膜损伤,纤毛运动受限,分泌物粘稠难以排出,肺部感染机会随着湿化程度降低而升高。该例患者痰

液粘稠合并肺部感染,气道湿化是护理的重点。根据耳鼻喉科及呼吸科的会诊意见,采用间断气道湿化与持续雾化相结合的方式,促进患者痰液松动有利于分泌物的排出。早期患者大量痰痂形成难以排出且阻碍气管内套管的更换有堵塞气道的危险,用 1%碘化钾间断滴入到气管切开处湿化,同时将面罩置于气管口持续雾化。雾化液 A 为生理盐水 10 mL + α -糜蛋白酶 4 000 IU;雾化液 B 为生理盐水 5 mL + 沐舒坦 15 mg + α -糜蛋白酶 4000 IU + 庆大霉素 8 万 U。执行方式:1%碘化钾 3 滴/15 min + 雾化液 A 持续雾化 + 雾化液 B/6 h。经护理 2 d 后患者痰液逐渐变稀薄可自行咳出。为避免过度湿化,气道湿化方式改为 1%碘化钾 3 滴/2 h + 雾化液 A/8 h + 雾化液 B/d。通过动态调整气道湿化方式,该例患者肺部湿啰音、分泌物减少,痰液变稀薄可自行排出。

2.3 多重耐药菌感染的管理

①环境管理。该例患者自 ICU 转回病房后,痰液培养提示鲍曼不动杆菌,因此严格实施隔离措施,将患者安置在独立的病房单元,床头及病历上贴接触隔离标识牌,病房温度调节在 25 ~ 30℃之间,湿度 40% ~ 50%,严格限制探视。探视人员进入病房戴口罩,并手部消毒。病房每日用 1000 mg/L 的含氯消毒液消毒物表、地面,行紫外线灯空气消毒 30 min,每日早晚各开窗通风 30 min。②物品管理。严格无菌操作,病房放置快速手部消毒液、黄色医疗垃圾桶、手套、听诊器、血压计、体温计等物品,专人专用,用后进行终末处理。③口腔护理。每日用 1 mL 双氧水配置 20 mL 生理盐水行口腔护理 2 次,饭后含漱康复新液,减少口腔内细菌,预防感染。每日观察口腔黏膜及口内切口有无新增溃疡、白斑等。④加强医务人员手卫生。控制医院感染最简单、最经济、最有效、最方便的方法就是洗手,医护人员在为患者执行操作时均戴手套,不同操作之间手部快速消毒,接触患者前后均积极洗手。经过 2 周有效的综合管理及合理抗菌药物的应用,该患者隔离撤除,痰液中未查出鲍曼不动杆菌。⑤健康教育。为预防和控制多重耐药菌的感染和传播,向患者及家属讲解多重耐药菌感染控制的意义及措施,指导患者家属接触患者前后快速手部

消毒,并戴口罩,每次允许 1 人探视,鼓励患者和家属积极参与和配合感染控制。

2.4 皮肤护理

2.4.1 皮疹护理 由于该例患者在 ICU 使用大量的抗生素及其他药物,患者由 ICU 转入病房时背部及臀部大面积皮疹伴脱皮,同时由于气管切开术要求被动体位导致患者翻身不能正常进行,皮肤代谢受影响,受压部位潮湿而出现毛囊炎。结合皮肤科会诊意见,背部及臀部皮疹处每日用清水行床上擦浴后将芙美松软膏用无菌棉签涂抹于背部红疹处和用无菌棉签涂抹维生素 E 软膏于背部及臀部干燥脱皮处保护皮肤,每日 1 次;每晚将扶严宁用于双侧腹股沟处;将含龙胆紫成份的婴儿扑粉用于臀裂及双侧腹股沟处,起到吸湿,消炎、预防感染的作用。1 周后该例患者背部皮疹消退,臀裂破溃处干燥结痂。

2.4.2 预防压疮 为预防患者压疮,每日更换床单、衣物,行床上擦浴定时清洁会阴部,保持会阴部清洁干燥。用自制 3L 袋水波垫,剪圆角去掉坚硬部分,上面覆盖大浴巾垫于患者臀部,同时使用大浴巾协助轴线翻身法定时翻身,减少患者皮肤的摩擦以及局部皮肤长期受压。该例患者无发生压疮。

2.5 并发症的观察与护理

头颈部手术患者气管切开后并发症的发生率为 8% ~ 45%^[6]。该例患者大出血修补术后,进食量少,维持有效血容量,预防出血、呼吸性酸中毒、低钾、低血糖、感染等是预防并发症的重点。给予持续心电监护,每天记录 24 h 出入量,定期监测血常规、肝肾功能及电解质、血糖,观察痰液的颜色、性状及量。根据危重患者风险评估表每日进行风险评估并严格床边交接班。该例患者第 2 次手术由 ICU 转回病房后未发生任何并发症。

2.6 营养支持

由于该例患者经历了 2 次大手术,机体消耗能量大,为预防术后营养不良的发生,增强患者机体抵抗力,邀请营养科专家进行会诊,根据患者体重、基础代谢、结合营养相关各项指标结果制订适合该例患者的专门营养餐,同时静脉补充氨基酸、脂肪乳、维生素。经过 2 周的膳食调养及静脉营养,患者的总蛋白由最初的 46.8 g/L 升至 70.8 g/L,白蛋白由 22.7 g/L 升至 36.8 g/L,面色红润,精神良好。

2.7 人性化关怀

美国人性关怀理论家 Jean Watson 博士提出人性关怀是护理学的本质^[7],该例患者由于患有恶性肿瘤,又刚刚经历一次危险的手术,人性化关怀显得更为重要。本科室针对该例患者制订一份个性化的人文关怀标准,内容包括:责任护士主动与患者建立关怀帮助性的责任关系、礼貌称呼患者、每天除治疗外每天上下午各花 5~10 min 与患者沟通实现“关怀时刻”;评估患者关怀需求提供相应关怀,为患者提供个性化的健康教育;每一项操作前,做好耐心细致的解释,交流中避免使用命令式语言,适时地给患者以关怀、同情、安慰和鼓励;操作中动作轻柔,注意信息反馈,确定信息交流的准确性并增加操作过程中的关爱语言;操作后询问患者对操作的满意度和看法,以便下次改进,让患者在接受护理操作的过程中感受到亲切的人文关怀。并组织全科医护人员为该例患者庆祝生日。由于该例患者术后语言交流有些障碍,为患者准备白板与笔,便于及时、有效地沟通。

4 小结

舌癌根治术行气管切开患者术后并发无名动

脉出血均为继发性,一旦发生,抢救成功率较低。该例患者成功救治的关键在于正确有效的体位管理;严格、有效、细致的气道管理;严密的多重耐药菌感染管理;同时加强皮肤护理、饮食护理、心理护理及人文关怀护理,可促进患者康复。

参考文献:

[1] 陆晓欣,刘小娜,吴颖. 口腔颌面外科气管切开患者的气道管理[J]. 中外医学研究,2011,9(36):178.

[2] 杨晶,何莺,尹建敏,等. 不同体位对人工气道患者气管套管气囊压力的影响[J]. 护理学报,2010,17(10A),51-52.

[3] 黄逢敏,张素,邓永春. 人工气道气囊管理的研究进展[J]. 中华护理杂志,2007,42(1):73-74.

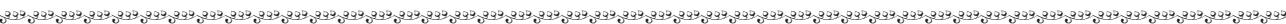
[4] 刘舒,黄杰玉,冯银银. 39 例重症颅脑疾病患者气管切开术后的护理体会[J]. 中国医药指南,2014,12(30),329-330.

[5] 王萍. 气管切开病人的护理进展[J]. 中华护理杂志,2006,41(6):556-558.

[6] Halfpenny W,McGurk M. Analysis of tracheostomy-associated morbidity after operations for head and neck cancer [J]. Br J Oral Maxillofac Surg,2000,38(5):509.

[7] 黄行芝,刘义兰,杨春. 关怀护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2009:5-7.

[本文编辑:李彩惠]



·编读往来·

《现代临床护理》杂志投稿程序

注册 登录《现代临床护理》杂志的网站 <http://www.xdlchl.com>→于首页在线办公区点击注册→注册用户名及密码(第二次投稿,如曾注册过,则直接输入用户名和密码)→按照系统提示填写注册信息(*项的信息必须填写,其他项目可在不影响您信息安全的前提下选择填写)。

投稿 用您的用户名和密码登录后→点击我要投稿→点击上传稿件→按照系统提示上传相关信息(即可按提示逐项填写稿件信息)→上传稿件全文→点击预览稿件信息,确定无误后即可确认投稿成功。

查询稿件 用您的用户名和密码登录后→点击作者在线查稿区→点击稿件状态查询→可见“初审”、“外审”、“专家审”、“待发表”、“退稿”等稿件状态。

- 提醒**
- ①投稿或查询稿件时均用此用户名和密码登录。
 - ②如发现《现代临床护理》杂志回复的意见非广州市地址或有其他疑义时,请及时与本编辑部联系。电话:020-87330961,020-87755766-8050。
 - ③投稿前,请仔细阅读本杂志网站首页的“投稿须知”一栏。

[本刊编辑部]