

- [3] 周秀华. 急救护理学[M]. 北京: 科学技术出版社, 1998: 23-26.
- [4] 陈苗英. 术后并发肺炎的原因与护理[J]. 护士进修杂志, 2001, 16(5): 355-357.
- [5] 郭加强, 吴清玉. 心脏外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 708-772.
- [6] 林蔚华. 心脏外科术后监护学[M]. 青岛: 青岛出版社, 2003: 708-772.

1992: 217-261.

- [7] 李守先, 徐光亚. 实用心脏外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2000: 127-140.
- [8] 赖丽宇, 梁瑞桥, 李敏宜. 冠状动脉搭桥术患者的健康教育[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(1): 111-112.

(收稿日期: 2010-12-10 修回日期: 2011-02-10)

食管癌经颈、胸、腹三切口术后患者排痰护理体会

陶红竹, 夏梅

(第三军医大学西南医院胸心外科监护室, 重庆 400038)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.024

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)12-1196-02

经颈、胸、腹三切口手术切除中上段食管癌是经右胸游离胸段食管, 开腹游离胃, 经颈部切口游离颈段食管行食管癌切除、食管胃颈部吻合的手术, 能最大限度地切除肿瘤部位和易发部位并彻底清扫颈、胸、腹部淋巴结。但三切口手术时间长、创伤大、出血多, 术后患者体质虚弱, 咳嗽困难造成肺复张延迟, 机体缺 O₂, CO₂ 潴留, 严重者发生呼吸窘迫综合征 (ARDS) 甚至窒息。本文根据本科近年来行食管癌三切口手术后有效咳嗽困难的情况, 分析原因, 加强排痰护理, 取得较好效果, 现将护理体会总结如下。

1 原因分析

1.1 伤口疼痛是咳嗽困难的直接原因。对于食管癌三切口术后患者, 应充分考虑到其创伤比一般开胸患者要大, 术中使用肋骨撑开器, 而且手术涉及范围广, 术后疼痛剧烈。

1.2 术后患者气道分泌物增多、黏稠, 咳嗽反射受抑, 是有效咳嗽困难的重要相关因素。患者术中全身麻醉, 受气管插管、留置胃管的刺激, 气道分泌物增多, 咳嗽反射受到抑制, 致分泌物潴留在气道内逐渐黏稠, 难于咳出。

1.3 术中喉返神经受损致术后咳嗽时声门关闭不全而咳嗽无力^[1]。喉返神经的生理作用是支配声带运动, 术中游离牵提食管过程中或者清扫淋巴结时易损伤气管、食管沟内的喉返神经, 致患侧声带外展及内收功能消失。颈部吻合术喉返神经的损伤率明显高于单一切口术式^[2]。患者表现为声音嘶哑、咳嗽无力、误吸。

2 排痰护理

2.1 持续有效镇痛 食管癌三切口术后患者常因切口疼痛致呼吸表浅、不敢咳嗽或无效咳嗽, 使支气管内分泌物淤积而发生肺不张, 或有继发感染而导致术后肺炎。所以, 除了常规留置镇痛泵持续镇痛外, 还应重视患者的主诉, 评估患者的疼痛程度, 必要时选用曲马多 100 mg 或杜冷丁 50~100 mg 肌肉注射镇痛。

2.2 湿化呼吸道

2.2.1 雾化吸入 每次 15~20 min, 每日 3 次, 雾化液一般为生理盐水 5 mL、糜蛋白酶 4 000 U 加庆大霉素 4 000 U, 对呼吸道黏膜水肿明显者, 可加入地塞米松 5 mg^[3]。雾化吸入时嘱患者深呼吸, 雾化液雾滴通过深而慢的吸气、沉降于细支气管及肺泡, 起到消炎、解痉, 稀释痰液的作用, 深呼吸可使少量肺底分泌物向支气管运动^[4]。应密切观察雾化吸入后的咳嗽情况, 必要时增加雾化吸入次数。

2.2.2 气管内湿化 对气管插管和气管切开的患者, 可直接气管内缓慢滴入生理盐水, 每 4 h 一次, 每次 1~2 mL, 以不引起呛咳为宜^[5]。

2.3 翻身、叩背 全麻清醒后患者取半卧位, 每 2 h 翻身 1 次, 减少细支气管内分泌物潴留。一般术后卧床患者, 肺分泌物黏稠, 还须配合肺部叩击震动, 使黏稠的分泌物松动、脱落并排出。方法是协助患者取侧卧位或坐位, 护士五指并拢, 掌指关节屈曲呈杯状, 指腹与大、小鱼际肌着落, 利用腕关节力量, 由下而上, 自边缘向中央, 有节律地轻轻叩, 每天数次, 每次 30~60 s^[6]。操作时注意观察患者面色、呼吸、有无窒息等情况。

2.4 协助排痰

2.4.1 有效咳嗽 完成湿化呼吸道、翻身扣背后, 鼓励并指导患者进行有效咳嗽排痰。方法: (1) 咳嗽时, 患者先深吸气, 屏气几秒钟, 然后张开嘴在呼气时用力咳嗽一次, 将痰液咳出。(2) 将双手掌部置于患者手术切口两侧, 嘱患者连续小声咳嗽, 同时双手向切口中心部位适当用力按压^[6]。

2.4.2 诱发性排痰 通过无创性刺激气管, 引发咳嗽反射, 可以达到清除呼吸道分泌物的效果。(1) 左手扶住患者肩背部, 右手食指和中指在胸骨上窝处轻轻按压触及气管, 引出咳嗽反射, 当患者咳嗽时, 迅速放开按压手指。(2) 用无菌吸痰管从鼻腔插入至声门处, 引出咳嗽反射, 另一护士站在患者左侧, 双手捂住患者胸部伤口, 以减轻因咳嗽致胸壁震动引起的伤口疼痛^[7]。

2.4.3 适时吸痰 对意识障碍、年老体弱、无力咳嗽及超声雾化时的患者, 床边应备好吸痰器。严密观察患者呼吸情况, 定时听诊肺部, 严密观察患者心电监护、血气情况。间断吸痰, 必要时行纤维支气管镜吸痰。气管插管或气管切开的患者, 在湿化呼吸道, 翻身扣背后, 备好吸痰器, 可先向气管内快速注入生理盐水 2~5 mL, 刺激咳嗽, 待痰液咳至咽喉部及时吸出。

3 小 结

经颈、胸、腹三切口手术治疗中上段食管癌的患者, 术后很容易因伤口疼痛、咳嗽方法不当、痰液黏稠或未充分意识到咳嗽的重要性, 而引起有效咳嗽排痰困难, 严重影响了术后肺功能的恢复, 甚至发生 ARDS、窒息死亡等严重并发症^[8]。为此, 护理上一定要在术前做好患者的健康教育, 加强术前咳嗽及肺功能的锻炼; 术后注意持续有效地镇痛, 早期指导协助患者进行有效的咳嗽排痰; 此外, 还要动态评估患者咳嗽情况及痰液

黏稠度并采取相应的护理措施。

参考文献:

- [1] 顾恺时. 胸心外科手术学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1985:623-627.
- [2] 屠一强,倪国兴,费苟,等. 食管癌术后喉返神经损伤的防治[J]. 上海医学,1998,21(3):361-362.
- [3] 王建荣,张黎明,韩忠福,等. 不同雾化吸入方案对肺切除患者术后痰液黏弹性的影响[J]. 中华护理杂志,2003,38(7):502-503.
- [4] 王珏. 外科护理学[M]. 北京:化学工业出版社,1990:768-

771.

- [5] 王玉春,李冰梅. 胸心外科术后患者有效排痰方法的探讨[J]. 实用全科医学,2008,6(2):256-258.
- [6] 姜安丽. 新编护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:335-338.
- [7] 蒋桂花,杨蓓. 老年食管癌患者行三切口根治术的围手术期护理[J]. 华北煤炭医学院学报,2010,12(1):96-97.
- [8] 黄秀英,辛明珠. 食管癌三野清扫术围术期护理[J]. 护理研究,2009,23(8):984-985.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

· 临床护理 ·

应用奥伦自理理论护理 1 例胸腺瘤伴重症肌无力患者体会

林 莉,夏 梅

(第三军医大学西南医院胸心外科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.025

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)12-1197-02

重症肌无力主要是由乙酰胆碱受体抗体介导的,针对神经肌肉接头处突触后膜上乙酰胆碱受体的自身免疫性疾病^[1]。发病常从一组肌肉开始,逐步累及其他肌群。眼外肌受累为最常见首发症状,表现为上眼睑下垂、斜视。严重者因呼吸肌受累而致呼吸困难^[2],此时常收入 ICU 治疗。2010 年本科收治了 1 例胸腺瘤合并重症肌无力患者,间断行机械通气累计达 3 个月,在护理过程中应用奥伦自理理论^[3],根据疾病发展针对性应用不同护理系统,最终使其成功脱机,且未发生肺部感染、褥疮等并发症。现将护理体会报道如下。

1 临床资料

患者,男,31 岁。因四肢无力伴眼睑下垂 1 年余,加重伴进食困难、呼吸困难 1 周收入本科。完善各项检查后于 2010 年 6 月 9 日在全麻下行纵隔肿瘤切除术,术后病理检查为:(前纵隔)胸腺瘤(B2 型)。术后转 ICU 治疗,因肌无力症状,给予呼吸机辅助,血浆置换,口服溴比斯的明及抗炎对症支持治疗。因需持续呼吸机辅助呼吸,于 2010 年 6 月 17 日行气管切开,经呼吸锻炼,对症支持治疗,成功脱机,于 2010 年 9 月 3 日出院。

2 护 理

患者因肌无力症状,术后转 ICU 监护,遵医嘱予心电监护及机械通气,执行完常规医嘱后,应用奥伦自理理论为框架评估患者的自理能力和自理需要,设计恰当的护理系统,建立护理计划,按计划实施护理活动,最后评价护理效果。

2.1 护理评估

2.1.1 自理能力 急性期患者呼吸困难,进食困难,疲乏,活动受限,无自理能力。

恢复期患者呼吸功能好转,能自行进食,能在床上活动,靠床坐立,能通过书写与他人交流,易疲乏,活动无耐力。具有一定自理能力。

2.1.2 自理缺陷 患者由于四肢无力、呼吸功能障碍、痰液过多等因素,对身体造成进一步损害,需要护理人员进行干预。

2.2 护理系统

2.2.1 护理诊断及目标

2.2.1.1 气体交换受损 与重症肌无力导致呼吸无力有关。根据这一护理问题,建立护理目标:维持足够的氧合及通气。

2.2.1.2 清理呼吸道无效 与咳嗽无力、气管分泌物增多有关。建立护理目标:保持患者呼吸道通畅,掌握有效的排痰方式,使痰鸣音减少。

2.2.1.3 心率过快 与血浆置换体内血容量不平衡或缺氧、疼痛有关。建立护理目标:让患者心率恢复正常。

2.2.1.4 疼痛 与手术创伤有关。建立护理目标:疼痛得到有效控制。

2.2.1.5 有感染的危险 与各种置管有关。建立护理目标:控制体温,鉴别有无感染发生。

2.2.1.6 有体液失调的危险 与血浆置换出入量不平衡有关。建立护理目标:维持血容量平衡。

2.2.1.7 有皮肤完整性受损的危险 与长时间卧床、活动受限有关。建立护理目标:无褥疮发生。

2.2.1.8 营养失调,低于机体需要量 与咀嚼无力、吞咽困难导致摄入减少有关。建立护理目标:维持正常的热量供给。

2.2.1.9 潜在并发症(吸入性肺炎) 与卧床、咳嗽无力有关。建立护理目标:无肺炎发生。

2.2.1.10 语言沟通障碍 与气管切开所致构音障碍有关。建立护理目标:与患者保持有效沟通。

2.2.1.11 恐惧 与呼吸肌无力、濒死感有关。建立护理目标:减轻患者恐惧。

2.2.1.12 焦虑 与多次脱机不成功、担心疾病预后有关。建立护理目标:减轻患者焦虑。

2.2.2 护理措施

2.2.2.1 定时评估呼吸功能,确保应用机械通气的参数设定与医嘱及病情相符,定期测动脉血气,脉搏血氧饱和度(SpO₂)维持在 95% 以上,如有下降,及时寻找原因;在脱机过程中,鼓励患者多做深呼吸;遵医嘱按时给予抗胆碱酯酶药物。严密观察有无药效不够或药物过量的情况,发现问题及时处理。

2.2.2.2 保持呼吸道通畅,观察痰液性质及量,听诊肺部有无湿啰音及痰鸣音;充分湿化气道,定时雾化,按需吸痰,吸痰时吸痰管应超过导管内口,不仅可将深部的分泌物吸出,而且可刺激气道,诱发咳嗽^[4];每天进行胸部物理治疗,患者取半卧位,翻身、拍背。教会患者正确的咳痰方式。逐步增强患者自主排痰能力,减少吸痰频率。