

一例介入诊疗会厌瘻合并纵膈脓肿护理

梁柱海 马 瑛*

广东省珠海市人民医院介入手术室 广东 珠海 519000

【摘要】: 总结一例 2020 年 5 月我院收治的会厌瘻合并下行性纵膈脓肿介入微创诊疗护理体会。护理要点: 密切监测生命体征变化, 纠正水一电解质紊乱, 积极抗感染、三联抗生素使用指导, 注意实验室指标、给予营养支持, 雾化、服用化痰药、机械吸痰相结合预防呼吸道感染, 口腔、胃管护理, 介入纵膈、胸腔引流管护理, 包括: 记录引流液的性质、量、颜色, 管道的包扎固定以及引流袋的更换, 引流管的维护和脓腔的冲洗。经过 60 天的个性化护理, 患者康复出院, 随访预后良好。

【关键词】: 介入诊疗; 急性会厌炎; 纵膈脓肿; 引流管; 护理

A case of interventional diagnosis and treatment of epiglottis fistula with mediastinal abscess nursing

Zhuhai Liang, Ying Ma*

Interventional operating room of Zhuhai People's Hospital, Guangdong, Zhuhai, 519000

Abstract: To summarize the experience of minimally invasive interventional diagnosis and nursing of a case of epiglottic fistula with downward mediastinal abscess admitted to our hospital in May 2020. Nursing points: close monitoring of vital signs change, correct water and electrolyte disorders, positive guidance, anti-infection, triple antibiotic use note laboratory index, nutritional support, atomization, sputum suction phlegm drugs, mechanical combination to prevent respiratory tract infection, oral, stomach tube, involved in mediastinum and chest drainage tube care, including: Record the nature, amount and color of drainage fluid, the bandaging and fixation of pipes, the replacement of drainage bags, the maintenance of drainage tubes and the flushing of abscess cavity. After 60 days of personalized care, the patient recovered and was discharged with a good follow-up prognosis.

Keywords: Interventional diagnosis and treatment; Acute epiglottitis; Mediastinal swelling; Drainage tube; Nursing

随着科学技术的进步, 近年来, 介入诊疗技术发展日新月异, 与内科、外科并称三大学科。急性会厌炎是耳鼻喉科常见急危症之一, 发病急且进展迅速, 随时可发生急性喉阻塞或并发脓肿, 短时间可致病人呼吸道梗阻, 造成窒息而危及生命^[1]。不引起重视和不加以控制, 形成瘻道会引起下行性感染、脓肿, 甚至全身感染扩散。介入诊疗手段以其解决疑难杂症、术口微创著称。在此例急性会厌炎合并下行性纵膈脓肿的介入微创诊疗过程, 就完全体现出介入技术的优点以及其跨学科诊疗的手段。2020 年 5 月我科收治了 1 例急性会厌炎发生广泛皮下气肿, 后又合并纵膈脓肿形成, CT 与超声下行纵膈脓肿穿刺引流, 经过积极的治疗与护理后效果满意, 现报告如下。

1 病例介绍

1.1 病例资料

患者 49 岁女性, 身高 155cm, 体重 55kg。既往体健, 因“咽痛 4 天”于 05.31 入院。4 天前始鸣无明显诱因出现咽痛并逐渐加重, 后伴吞咽困难, 于坦洲镇人民医院诊治, 症状无明显缓解, 今于我院就诊, 门诊拟“急性会厌炎”收入院。查体: T: 36.7℃, P: 92 次/分, R: 20 次/分, BP: 133/73mmHg。专科检查: 双扁桃体 I 度肥大, 表面凹凸不平, 会厌红肿。实验室检查 2020-06-01 血常规(五分类)-静脉血+快速 C-反应蛋白显示: 血小板计数: PLT $17 \times 10^9/L$ PL。快速 C-反应蛋白:

QR-CRP297.49mg/L H。请血液科急会诊, 与家属告知病情, 告病重, 病情续观。

1.2 诊疗经过

5 月 31 日胸部增强 CT: ①颈部一纵膈积气, 纵膈积液, 纵膈炎可能。②左侧少量胸腔积液; ③纵膈淋巴结轻度增大。血常规 WBC $16.93 \times 10^9/L$, GRAN%85.9%, Hb105g/L, PLT $9 \times 10^9/L$; 生化: 白蛋白 ALB28.9g/L, 降钙素原 PCT28.21ng/ml, C-反应蛋白 CRP52.6mg/L。入院后反复高热, 最高体温 39.4 摄氏度, 贫血进行性加重, 多次血培养、纵膈穿刺液提示咽峡炎链球或缓症链球菌。血液科行骨髓穿刺及流式细胞术检查排除白血病、ITP 等原发性血液病, 考虑与感染有关。治疗予舒普深抗感染、激素、雾化、营养支持等治疗, 输血小板及红细胞, 患者咽痛无好转, 血培养结果持续阳性。6 月 11 日喉镜示“急性会厌炎; 会厌肿物”, 复查胸部增强 CT 提示“纵膈及左侧胸腔积液/积脓加重; 上腔静脉血栓形成”, 予抗凝治疗。6 月 13 日行胸腔及纵膈穿刺引流脓性液体, 每日冲洗引流管。6 月 14 日根据药敏改用特治星联合左氧氟沙星抗感染。6 月 16 日食管碘造影示“喉段会厌右侧壁瘻道形成”, 予置留胃管鼻饲饮食。6 月 17 日复查喉镜示“右舌根溃疡、会厌溃疡(留取标本送病理提示溃疡病变, 未见肿瘤性病变)”。6 月 18 日胃镜示“会厌软骨上缘瘻口形成”, 纵膈穿刺液培养

提示“光滑假丝酵母”，根据药敏加伏立康唑抗真菌治疗。现患者间断有发热，以中低热为主，仍有咽痛，引流纵膈及左侧颈部引流管每日冲管，引流出少量稍浑浊引流液，颈部引流管冲洗时患者有感觉冲洗液进入口腔。2020.06.29 复查血常规 WBC $7.23 \times 10^9/L$ ，GRAN%82.2%，Hb93g/L，血小板计数 PLT $281 \times 10^9/L$ ，CRP44.6mg/L，PCT0.74ng/ml，生化各项指标基本恢复正常，复查胸部 CT 平扫示“①对比 2020-6-14CT 旧片，前纵膈引流管留置，纵膈内积液/积脓较前减少，颈前部一上纵膈局部脂肪间隙少许渗出灶，积气较前减少；②左侧胸腔积液及左侧斜裂包裹性积液较前减少，左肺下叶少许炎症伴膨胀不全较前改善；③纵膈淋巴结轻度增大”。复查血细菌及真菌培养阴性。已停用左氧氟沙星，继续特治星联合伏立康唑抗感染治疗，现患者感染控制稳定，但持续存在会厌软骨上缘瘻。7月7日纤维喉镜检查+电子镜(组合)检查所见：会厌稍肿胀，右侧会厌舌面部分缺如附脓性分泌物，会厌及舌根部未见明显溃瘍面，右侧舌根部吸除脓性分泌物后见部分缺如，缺如处见瘻口形成有脓性分泌物引流，舌根部瘻管形成。7月9日由于胺碘酮的过敏，出现全身性过敏反应，浑身瘙痒，皮丘，脱屑等症状。7月16日全麻下置入支撑喉镜，暴露会厌及舌根部瘻管，见瘻管位于右侧会厌谷，可见少许脓性分泌物，量少，右侧梨状窝黏膜及腭裂肿胀，吸除其脓性分泌物，吸引器搔刮瘻管内侧壁。术毕，予介入置入引流管处 0.04-0.06Mpa 持续负压吸引，瘻道段加压包扎，停止瘻道冲洗，继续用药观察。7月28日纤维喉镜检查+电子镜(组合)检查所见：右侧会厌谷少许分泌物，吸除后可见瘻口基本愈合；各项检查结果良好。7月31日康复出院。

2 护理

2.1 一般护理

病人住院期间，反复发热，体温波动在 37.5~39.4℃。6月11日炎症扩散，致右颌下一纵膈脓肿形成、双肺炎症。做多次血培养、纵膈穿刺液提示咽峡炎链球或缓症链球菌。病人因抵抗力下降，营养不足，易导致感染加重，进一步加重病情。因此，积极抗感染治疗，有针对性地给予3种抗生素联合使用，防止发生耐药及真菌感染，预防感染进一步加重。营养支持治疗，提高抵抗力，密切监测病人生命体征，每4h测量体温1次，体温高于37.8℃时及时进行降温处理，出汗时及时使用温水擦洗并更换被服，注意保暖，预防感冒。保持床单位干燥、整洁，保证病人舒适。针对患者肺部感染引起的呼吸道分泌物增多的问题，予以给氧治疗，让病人不要出现缺氧，还有给予病人充分的翻身、拍背，改变体位，促进咳嗽、排痰。保持充足的水分摄入，让痰液不会太干太黏。由于患者抵抗力低下，还有给予充足的营养，要注意保暖，不要着凉。

2.2 保持呼吸道通畅

给予氧气吸入，以每分钟2~3L的流量及30%的浓度给氧。针对患者肺部感染引起的呼吸道分泌物增多的问题，予以给氧治疗，让病人不要出现缺氧，还有给予病人充分的翻身、拍背，改变体位，促进咳嗽、排痰。保持充足的水分摄入，让痰液不会太干太黏。由于患者抵抗力低下，还有给予充足的营养，要注意保暖，不要着凉。可持续给氧观察，及时调整氧流量，做好氧饱和度监测，床旁备气管切开包，一旦出现严重喉梗阻的症状，应迅速行气管切开。

2.3 皮肤的护理

针对胺碘酮的过敏出现的全身性过敏反应。浑身瘙痒，皮丘，脱屑等症状以及过敏反应检测，都证明是胺碘酮药物过敏反应。同时患者要保持皮肤的清洁，多用清水清洗皮肤，避免使用碱性刺激性洗护用品。应用炉甘石洗剂在局部进行擦拭可以去除皮肤上的病菌，还能够起到收敛保护。但由于过敏情况仍没有得到进一步改善，请皮肤科会诊，予以地奈德软膏外用并积极地进行抗过敏治疗，服用苯海拉明、地塞米松等抗组胺药物改善患者病情，快速止痒。后来使用甲强龙等激素药物冲击疗法，注意使用的量以及相关的不良反应观察^[2]，会引起胃肠道的异常，比如出现胃出血、肠穿孔、消化道溃疡、腹膜炎。皮肤和皮下组织也会出现异常，比如会出现水肿，双下肢水肿或者是脸部的水肿，有瘀斑、瘀点，还会出现骨骼，肌肉骨骼的问题，比如会出现病理性骨折、骨质疏松、肌肉萎缩、关节肌肉疼痛、肌无力这种副作用。神经系统也会出现一些副作用，比如会出现头痛、头晕，还有健忘、认知障碍等。到后期患者出现全身脱屑、脱皮，皮肤相对比较嫩，颈部加压包扎，绑带以及胶布的摩擦引起皮肤的破损、化脓；解除绑带加压，使用薄膜贴加压、相对加强负压吸引，伤口保持干燥、充分暴露，用抗生素软膏、云南白药粉剂干燥皮肤，促进伤口快速愈合。

2.4 口腔护理

由于长期留置胃管，不能经口进食，为了防止口腔感染与切断加重颈性下行性纵膈脓肿的重要途径，保持口腔清洁，口腔护理对急性化脓性会厌炎合并纵膈脓肿的预后起到十分重要的作用^[3]。患者由于急性会厌炎以及长期不能经口进食而引起的口腔溃瘍，定期使用纤维喉镜检查以及抽吸会厌脓液，充分清除脓腔并注重扁桃体隐窝处的冲洗，扁桃体隐窝中的细菌难以完全消除，这会致使炎症反复发作，对患者的顺利恢复造成影响。禁用牙刷刷牙，在患者进食前后，指导患者应用温水进行漱口，在条件允许的情况下，予以康复新溶液漱口4~5次/d，此外，还可以指导患者应用2%小苏打水或3%硼酸水漱口，4~5次/d。同时，多余的口水吐出，避免口水吞咽，口干使用温水漱口，避免吞咽动作、切断加重颈性下行性纵膈脓肿

的重要途径。

2.5 饮食与营养护理

保持胃管的通畅、固定。因患者手术、发热、感染等处于应激、高分解状态，患者脱水、白蛋白低，进一步造成营养不良、免疫力低下等一系列问题。积极纠正水—电解质失调、低蛋白血症。鼻饲时，保持床头抬高角度为30~45°，禁忌证除外；家属将高热量、高蛋白、高维生素食物，用破壁机打磨好，温度以38~40℃为宜；护士每次灌注食物前应抽吸胃液以确定胃管在胃内以及胃管是否通畅，喂食时先缓慢注入少量温开水，每次鼻饲量不超过200mL，间隔时间大于2小时。长期鼻饲者应每天进行2次口腔护理，并定期更换胃管。由于患者胃管饮食，吸收效果较差，给予好吸收的蛋白质粉补充蛋白以及静脉滴注人血白蛋白。同时在护理方面的重点是注意保护皮肤，避免出现压疮，导致菲薄的皮肤破溃。同时低蛋白血症的患者，常合并有效循环血量不足，长期卧床后出现下肢深静脉血栓。因此在护理上建议加强下肢的适度运动，可以给予适当的按摩，防止出现下肢深静脉血栓。

2.6 纵膈脓肿引流管的护理

6月11日患者胸部增强CT提示“纵膈及左侧胸腔积液/积脓加重；上腔静脉血栓形成”，予抗凝治疗，6月13日行胸腔及纵膈穿刺引流脓性液体，每日冲洗引流管，6月14日根据药敏改用特治星联合左氧氟沙星抗感染，6月16日食管碘造影提示“喉段会厌右侧壁瘘道形成”，予留置胃管鼻饲饮食。停止经口进食，注意口腔卫生，避免感染进一步扩散，病原菌经疏

参考文献：

- [1] 李军政,陈伟南,许教远,等.急性会厌炎并会厌脓肿2例成功抢救经验[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(13):995-996.
- [2] 朱仲燕.胺碘酮治疗急性心肌梗死后室性心律失常的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(35):32-33.
- [3] 赵彩霞.口腔护理对急性化脓性扁桃体炎预后的影响[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(29):5827-5828.

松结缔组织扩散，形成多间隙化脓性或腐败坏死性炎症，若未及时控制，易发展为脓毒血症，威胁病人生命安全。积极抗感染，继续特治星联合伏立康唑抗感染治疗，现患者感染控制稳定。研究表明，经引流管脓腔冲洗能够稀释分泌物，并保持引流管通畅。持续负压抽吸引流避免脓腔液体聚集，防止炎症的进一步进展。同时，通过准确定位脓肿位置，彻底冲洗引流，还可起到缓解肿胀、疼痛的目的。配合抗菌药物治疗可以防止感染扩散，杀灭病原菌，此外，还可加快切口愈合。因此，彩超引导下选择穿刺点，2%利多卡因局麻，CT扫面定位，于超声引导下穿刺左侧纵膈，可见黄色脓性液体流出，置入8F引流管。患者改俯卧位，于超声引导下选择穿刺点，2%利多卡因局麻，于超声引导下穿刺左侧胸腔，可见黄色脓性液体流出，置入8F引流管。持续负压抽吸引流避免脓腔液体聚集，防止炎症的进一步进展。观察切口处有无出血及渗血、渗液情况，并注意引流液的颜色、性质、气味及量，保持引流皮条引流通畅，注意询问患者脓腔引流管持续负压吸引是否又不适，如有不适立即停止。患者经过一段时间的治疗，取得很好的效果，康复出院。

3 小结

急性会厌炎是一种以声门上区会厌为主的急性炎症，又称急性声门上喉炎，是喉科急重症之一，病情发展极快，死亡率极高。感染扩散，形成瘘道造成下行性纵膈脓肿，病情发展变化多端、较复杂，病人在治疗过程中产生了极大的生理和心理痛苦，通过运用专业和细致的整体护理及心理护理，患者在长达60天的治疗中，恢复信心，最终战胜疾病，康复出院。