

小儿呼吸道异物取出术的手术室护理配合分析

吕少英 樊婕

中山大学孙逸仙纪念医院

【摘要】在耳鼻喉科,小儿呼吸道异物是发生率较高的急症之一,主要发生在3岁以下的儿童。异物一般是常见的花生、瓜子、蚕豆等物质。异物进入气管或支气管会引发肺炎、机械性损伤及各种并发症等危险情况,故而术前术中的医护人员应相互配合取出异物,改善患者症状。

【关键词】小儿呼吸道异物取出术;手术室护理;配合;

小儿呼吸道异物必须尽快取出,医师经常采用硬质支气管镜下取出异物的方法治疗病患,异物形状如果较大或者比较尖锐,将切开气管取出异物。术前术中的准备与配合是保证手术成功的首要条件。

一、呼吸道异物临床表现

呼吸道中有异物进入将引发剧烈咳嗽,之后进入一段长短不一的无症状期,故而也可能会造成误诊。根据异物的性质、形状、及存留部位,引发的症状也各不相同。

1.1 喉异物

异物进喉将引发呛咳、气急及反射性喉痉挛等情况,进而造成吸气性呼吸困难及喘鸣,异物如果停留在喉上口,将出现声音嘶哑或吞咽困难。较大的异物如果塞在声门上,还可能发生窒息致死。

1.2 气管异物

异物进入气管,症状一般以呛咳为主。之后异物将随着气流进行移动,造成阵发性咳嗽及呼吸困难等现象,并且在呼气末期,气管处可能听到异物冲击气管壁和声门下区的拍击声,还可能在甲状软骨下触摸到异物撞击的震动感。因患者的气管腔被占或声门下水肿从而变得狭小等因素,造成患者呼吸道不完全堵塞,产生严重呼吸困难及喘鸣等现象。时间逐渐延长,呼吸道产生分泌物及堵塞物膨胀等各种原因,使患者的呼吸道可能发展成完全堵塞。此时患者会出现不能言语、面部痛苦、V字手型及严重发绀等现象,此时若还未能将异物取出,则患者就可能昏迷甚至死亡。

1.3 支气管异物

初始症状基本较为相似,但不同异物会造成不同症状。植物性异物(即花生、豆类等)对呼吸道黏膜刺激非常大,常伴有咳嗽、高热及咯脓痰等急性支气管炎。金属异物的局部刺激较小,未发生阻塞现象将在支气管中存在很长时间,且没有任何症状。因此,异物嵌顿支气管上会出现不同程度的阻塞,造成不同的反应症状。

1.3.1 支气管不完全阻塞

由于支气管不完全阻塞,形成吸气多呼气少,支气管阻塞处气体不断增加的现象,引发阻塞性肺气肿。查体时会出现:①患者呼吸时有一侧胸部运动受限;②有问题的一侧呼吸音减低、语颤减弱、叩诊呈鼓音。

1.3.2 支气管完全阻塞

支气管完全阻塞将无法呼吸,气管阻塞处的空气被肺吸收,引发阻塞性肺不张。查体时会出现:①患者有问题的一侧呼吸运动受限;②有问题的一侧胸部平坦,呼吸音减弱或完全消失,语颤减弱,患叩诊呈浊音。

二、手术室护理配合

2.1 术前准备

2.1.1 患者准备

术前掌握患者的基本信息及异物的大小、形状及种类等情况,及时缓解患者电解质紊乱的症状,评估术中可能发生的危险。患者在术中一般进行全身麻醉,术前一般禁食禁饮4-6小时,避免患者在术中发生呕吐现象,造成误吸。术前半小时注射阿托品,减少呼吸道分泌。

2.1.2 器械准备

(1)小儿直接采用喉镜、导光索、电源1套、异物钳、吸引器头2根。

(2)SLG-1型冷光源小儿支气管镜1套。冷光源电源1套、异物钳、2.5mm×320mm吸引器头、纤维导光索1根。

(3)常规准备内镜包、气管切开包及合适的气管套管。

(4)其他:氧气(高频氧)、抽吸器、喷雾器、1%丁卡因等。

2.1.3 抢救药物准备

在小儿呼吸道异物取出术中,可能会发生异物堵塞气管造成窒息的现象,所以术前应准备一切可急救药品,供危急时及时使用。急救药品配备如下:肾上腺素、异丙肾上腺素、去甲肾上腺素、阿托品、地塞米松、硫喷妥钠、氨茶碱、4%苏打水、可拉明、洛贝林、5%葡萄糖液、2:1溶液。

2.2 术中配合

1)小儿呼吸道异物取出术是一场具有危险性的手术,术中很有可能发生患者突然窒息,死亡。因此,医护人员应具备责任感及专业技术,合理安排救护人员及时抢救濒危患者。一般情况下,为避免小儿患者在术前、术中期间挣扎引发意外,经常采用基础麻醉使小儿熟睡,然后再抱进手术间,使小儿患者平卧在手术台上,肩下垫海绵枕头,让患者的头后仰,口腔、咽、喉、气管等部位保持在同一直线上,固定患者四肢,进行静脉穿刺,保留并且固定好此静脉通路,以便术中随时给药。

2)小儿患者消毒铺单后,巡回护士马上连接喉镜、支气管镜及其他电源,调整灯光亮度,连接抽吸器确保其通畅,准备好1%地卡因喷雾器,根据术中情况准备随时向咽喉腔、气管处进行喷药,对局部黏膜进行麻醉,降低咽喉、气管黏膜的反射。

3)在手术开始后与麻醉师相互配合,共同管理患者的麻醉深度,保持患者的呼吸道通畅。通过高频给氧确保患者的氧气供给,严密观察患者的面色、脉搏、呼吸及氧饱和度。万一发生窒息,马上协助医师增加给氧,并且立即准备切开气管的器械,按照医师医嘱及时准确的进行静脉通路给药,做好一切准备措施抢救濒危患者,抢救患者期间,密切配合手术医师和麻醉师,沉稳冷静,保持镇定,在患者抢救过来恢复自主呼吸或心跳之后,配合医师进行后续的复苏处理。

4)小儿呼吸道异物取出术是一场争分夺秒的战争,对于像蚕豆一样的大型植物性异物或者其他异物在呼吸道留存时间较长的小儿患者,患侧出现肺不张或小儿患者体质较差等情况,患者手术的危险性更大。不论是家长还是医师护士,都应提前做好思想准备和器物准备,防止发生意外。取出异物后,退出支气管镜时应保证小儿患者具有一定的麻醉深度,避免支气管镜退至声门时,刺激呼吸道造成反射性痉挛。手术完成后,应在手术室内观察小儿患者30分钟以上,确定患者未发生呼吸困难,病情稳定的情况下,才能和手术医师、麻醉师一起将患者推回病房。

三、小结

异物进入小儿呼吸道会引发植物性肺炎、机械性损伤及肺气肿等并发症,而小儿呼吸道异物取出术则能在短时间内取出异物,保证小儿呼吸顺畅。该手术具有手术范围较小、视野较小、组织部位较深、解剖复杂、渗血较多等特点,因此,需要护士、手术医师及麻醉师之间紧密配合。护理工作接到手术通知后应立即准备手术器械和药品,做好患者护理准备,并在手术期间配合麻醉师建立静脉通道,按手术要求调整患者体位,积极协助医师完成手术。在术后做好护理工作,提高术中异物取出的成功率,减少患者术后并发症。

参考文献:

[1]姚意.舒适护理在小儿气管镜下呼吸道异物取出术中的应用[J].中外医学研究,2017,15(8):86-87.