

1 例垂体腺瘤术后颅内出血病人的康复护理

潘金玉

【关键词】 垂体腺瘤;神经内镜;经鼻蝶入路;术后颅内出血;吞咽障碍;护理

【文章编号】 1009-153X(2019)06-0369-02

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 651.1⁺1; R 473.6

垂体腺瘤是颅内常见的良性肿瘤之一,占颅内肿瘤的10%~20%。神经内镜下经鼻蝶入路手术逐渐成为其首选治

疗方式。术后颅内出血是一种少见的并发症,一旦发生,如果不能及时发现和正确处理,可引起中枢神经系统功能受损,导致意识障碍、咳嗽反射减弱或消失,为保证气道通畅,气管切开术是临床常用的抢救方法之一。气管切开后,吞咽通道的生理和力学属性发生改变,吞咽障碍为其常见的并发症。本文报道1例垂体腺瘤神经内镜下经鼻蝶入路手术后颅

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.06.017

作者单位:400038 重庆,陆军军医大学第一附属医院神经外科(潘金玉)

内出血病人,气管切开术后出现吞咽障碍,通过对呼吸道的综合管理,同时进行吞咽功能训练,顺利拔除气管导管、胃管,经口进食,未发生误吸等并发症。

1 病例资料

女性,43岁,因精神反应变差1年、头痛和左侧视力下降1个月、呕吐10 d于2018年7月1日入院。7月4日行神经内镜下扩大经鼻蝶入路鞍区病变切除+鞍底修补术,术后当天出现意识障碍,CT检查示术区出血,随即行气管插管、脑室穿刺引流术。7月7日,行气管切开术。由于CT复查血肿未见吸收,行脑血管造影检查未见颅内血管异常。7月9日,行神经内镜下扩大经鼻入路血肿清除+颅底重建术。8月1日病情稳定后转入康复科行后续康复治疗。转入时情况:意识模糊,GCS评分10分,留置气管套管,胃管鼻饲营养液,咳嗽能力弱,痰液稍粘稠。给予营养神经、改善脑循环、止咳化痰等治疗,同时予肺康复治疗、吞咽康复治疗以及高压氧治疗。历经半个月的呼吸及吞咽训练,8月13日顺利拔除气管套管,8月15日拔除胃管,完全经口进食,吞咽功能恢复正常。

2 护 理

2.1 呼吸系统的评估 气管切开术后,留置带声门下吸引的一次性PVC气管套管,气囊充盈,压力26 mmH₂O;咳嗽能力3级;痰液粘稠度2级;痰量中等,50~60 ml/24 h;肺部听诊闻及双肺散在湿罗音。

2.2 气管切开的管理

2.2.1 气道湿化 采取人工鼻进行持续气道湿化,同时辅以氧气雾化吸入,3次/d。

2.2.2 气囊管理 采用染料测试是筛查有无误吸的一种方法。8月1日行染料测试,结果阴性,为确保安全,8月3日再次行染料测试,结果仍为阴性,因此考虑病人自主气道保护能力较好,随即给予持续抽空气囊,未见异常。

2.2.3 气道吸引 对意识清醒的气管切开病人,强烈的刺激性呛咳可使病人产生憋气、窒息、剧烈疼痛等不适,如果吸痰操作过于频繁,容易引起氧饱和度下降。本文病人意识逐渐清醒,咳嗽能力3级,生命体征平稳,故给予按需吸痰。

2.2.4 辅助排痰 在气管切开期间联合多种辅助排痰方法,包括:胸背部扣拍,1次/2 h;机械振动排痰,2次/d;徒手膨肺联合胸廓挤压震荡排痰,1次/d;指压刺激咳痰,3次/d。8月9日评估咳嗽能力Ⅳ级,肺部听诊湿罗音明显减弱。

2.3 误吸的评估及预防

2.3.1 吞咽功能护理评估 GCS评分10分,留置胃管、气管切开套管,直观无面瘫表现,口唇闭合好,无流涎,舌头活动度欠佳,下颌活动不配合,冰刺激咽反射正常,试饮水5 ml有呛咳,考虑有误吸的风险,行染料测试,结果阴性。随后,病人意识逐渐好转,GCS评分12分,咳嗽反射增强,考虑误吸风险较低,随即持续抽空气囊。

2.3.2 预防胃食管返流 采用鼻饲泵匀速滴入营养液进行肠内营养。8月13日,拔除气管导管后按顿予胃管注入营养

液,每日6次,每次250 ml,每次注食前确保胃管在位,鼻饲前吸尽痰液及口腔分泌物,保持床头抬高大于30°,有助于防止胃内容物返流。每隔4 h监测胃残留量,胃残余量>200 ml暂停进食。

2.3.3 尽早拔除气管导管

2.3.3.1 呼吸功能训练 在气管切开期间联合多种方法进行呼吸训练,包括:①缩唇呼吸训练,在堵管状态下,指导用鼻吸气,在吸气极限时,口唇缩拢成吹口哨状,持续慢慢呼气,每次训练3~5 min,2次/d;②呼吸控制训练,采取舒适体位,护士将手放在病人上腹部,嘱其鼻吸口呼,吸气时鼓起腹部,将气体吸到下肺(吸气时将护士的手顶起来),引导完成腹式呼吸;当呼气时,护士的手轻轻压病人上腹部,引导将肺内气体排出,2~3次/d,10~15 min/次;③呼吸训练器训练,8月9日堵管起进行吹口哨训练:2次/日,3~5 min/次。

2.3.3.2 掌握拔管指针及流程 为顺利拔除气管导管,需严格掌握拔管的指征及流程,包括:①染料测试阴性;②意识障碍程度转轻;③可经口咳痰;④体温正常,无肺部感染或减轻;⑤持续试堵管2~3 d,呼吸平稳无缺氧症状;⑥纤支镜检查无气道狭窄。本文病人严格遵循以上拔管指针及流程,经三次染料测试阴性后即开始进入堵管流程。8月7日试堵管15 s开始出现呼吸困难,立即予停止堵管,纤支镜检查气道情况未见异常,遂考虑长期留置带气囊声门下吸引PVC气管套管不适应。8月9日更换金属气管导管,更换后试堵管成功,当日连续试堵10 h无异常,次日即行24 h持续堵管,呼吸平稳无异常表现。8月13日顺利拔除气管导管。

2.3.4 吞咽功能训练 在气管切开期间,采用冰刺激诱发咽反射、咳嗽反射2次/d;电震动棒进行面颊肌刺激2次/d,5~10 min/次;低频电刺激治疗1次/d等训练方法。气管导管堵管后,指导进行口腔操训练,2次/d。

2.3.5 摄食评估及训练

2.3.5.1 摄食评估 8月9日堵管后,采用容积-粘度测试方法进行摄食评估。进食5 ml糖浆样液体时,有呛咳,提示有口咽吞咽障碍,伴随吞咽安全性受损,气管导管未拔除,暂不予进食。8月14日拔除气管导管后再次测试,在进食糖浆、布丁黏度液体均安全通过,但10 ml、20 ml时有分次吞咽情况,提示进食此黏度食物有效性受损,进食5 ml、10 ml水时安全通过,进食20 ml水后有咳嗽情况,提示有吞咽安全性受损。根据测试结果,进食糖浆稠度或布丁稠度食物,一口量5 ml,少量治疗性进食,其余胃管注食给予补充,协助进食,全程密切观察。

2.3.5.2 摄食训练 8月14日起进行摄食训练,保持病房环境整洁安静,床上半坐位,保持食物温度在25~30℃为宜。指导喂食蛋羹样食物,餐后及时清洁口腔以减少食物残留及定植菌,首次进食量100 ml,用时15 min。8月15日再次进行摄食训练,一次可顺利进食白粥300 ml,用时30 min,当日拔除胃管全经口进食,连续观察训练3 d,未发生显性误吸。

(2019-01-01 收稿,2019-02-27 修回)