

· 经验交流 ·

儿童腺样体全麻手术后苏醒过程中 气道管理的护理体会

朱丽珍¹, 欧阳韶华², 黄晓明¹, 陈丽萍¹, 张玲¹

(湘雅萍矿合作医院 1. 手术室; 2. 耳鼻咽喉科, 江西萍乡 337000)

关键词: 腺样体肥大; 手术; 全身麻醉; 手术室护理

中图分类号: R766.9; R473.76 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2010)04-0313-02

腺样体肥大是引起儿童睡眠呼吸障碍、鼻-鼻窦炎、分泌性中耳炎的主要原因之一, 部分儿童因保守治疗不能有效缓解相关症状而需手术治疗^[1]。由于儿童上气道相对狭窄、咳嗽反射较差、配合欠佳等原因使儿童在腺样体手术后容易出现鼻分泌物和手术创面的渗血堵塞咽腔, 甚至误吸入肺, 从而造成呼吸道梗阻^[2]。因此, 儿童腺样体全麻术后苏醒过程中, 手术室护士如何做好气道管理的护理是保证手术安全的重要环节之一。2009年5月~2010年4月, 我院共完成全麻下腺样体手术65例, 现就手术后麻醉苏醒过程中如何做好气道管理护理谈谈作者的临床体会。

1 临床资料

小儿腺样体肥大病例65例, 男42例, 女23例; 年龄4~10岁, 平均年龄6.4岁。所有病例均有打鼾症状, 37例出现睡眠呼吸暂停现象, 11例呈腺样体面容, 33例并发鼻窦炎, 13例伴有分泌性中耳炎。全麻插管, 鼻腔表麻收缩后经鼻内镜下显露位腺样体, 经鼻腔置入切割器切除腺样体, 创面彻底止血后结束手术。

2 麻醉苏醒过程中气道管理的护理要点

2.1 器械、药品准备

气管插管拔除之前, 准备好吸痰管、口咽通气管和面罩, 并检查所有设备都处于良好待用状态。备地塞米松针和山莨菪碱针用以防治气道痉挛和水肿^[3]。

2.2 拔管前的气道管理护理

拔除气管插管前, 首先用吸痰管分别经鼻、经口及经麻醉插管吸引分泌物, 间隔5 min后再次吸引鼻腔和口腔内分泌物, 观察两次分泌物的性质和量的变化。如两次分泌物均为血性, 尤其是第二次仍吸引出较多的血性物时, 说明手术创面有活动性出血, 需通知医师进行相应的止血处理。鼻、口、咽及气管内分泌物处理完毕, 患儿恢复自主呼吸脱离呼吸机后, 此时应协助麻醉师观察患儿脱机状态下的呼吸节律、胸廓起伏情况和血氧饱和度。待患儿各观察指标正常及对唤醒有比较敏感的反应后再预备做麻醉管拔除后的气道管理护理。

2.3 拔管后的气道管理护理

拔除气管插管后, 协助麻醉师将面罩连接于呼吸机进行面罩给氧, 患儿呼吸平稳, 脱离面罩后, 随时唤醒患儿, 头偏向一侧以防止误吸, 鼓励患儿用口呼吸和主动咳嗽吐痰, 及时清除口、咽腔分泌物。期间同样要协助麻醉师观察患儿血氧饱和度及呼吸情况, 吸引口咽分泌物并注意性质和量的变化。如出现血性分泌物增多, 同样要及时告知手术医师做

作者简介: 朱丽珍, 女, 主管护师。
通讯作者: 朱丽珍, Email: zlz199090@126.com.

必要的处理,如出现舌根后坠影响呼吸,则置入口咽通气管帮助呼吸,以免出现大量出血和呼吸道梗阻等严重并发症。

参考文献:

[1] 蒋卫红,赵素萍,谢志海,等. 儿童慢性鼻窦炎治疗

探讨[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005, 12(7): 415-418.

[2] 朴明子,申花淑. 168例经口鼻内镜下腺样体刮除术患者的护理体会[J]. 延边大学医学学报,2006, 29(4): 260.

[3] 钱娟芳. 全麻术后早期呼吸异常的原因分析及护理对策[J]. 护理与康复,2008, 7(1): 43-45.

(修回日期:2010-07-30)

· 经验交流 ·

儿童腺样体等离子切除术

周卫东,周建业,庄强尔,王玲,邹凤

(无锡市人民医院耳鼻咽喉科,江苏无锡 214023)

关键词:等离子低温射频消融;腺样体切除术;儿童

中图分类号:R766.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2010)04-0314-02

腺样体肥大是儿童常见病多发病,可引起鼻-鼻窦炎、分泌性中耳炎等,更是儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的最常见病因^[1],常需手术治疗。腺样体切除术目前国内常用的是传统刮除法和鼻内镜下吸切割器切除法。随着等离子低温射频系统在耳鼻咽喉科的广泛应用,我科2008年5月~2009年8月对63例儿童腺样体肥大行等离子切除,取得良好手术效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

63例患者中,男41例,女22例;年龄3~14岁,病程6个月至6年。经鼻咽侧位片或电子鼻咽喉镜检查提示腺样体肥大。均以夜间打鼾为主诉,伴有扁桃体肥大者35例,伴有分泌性中耳炎14例。随机分为等离子手术组34例和吸割器组29例。仪器设备:美国ArthorCare公司的ENTec-Cobaltor等离子体手术系统,选用EVac70刀头,

脚踏板控制刀头切割或止血;美国Medtronic动力系统及吸割器。

1.2 手术方法

手术均在气管插管全身麻醉下进行,取仰卧位,戴维氏开口器撑开显露口咽部,2根吸痰管分别插入鼻腔,拉开软腭暴露鼻咽部。①等离子组:术者戴头灯,间接喉镜置于口咽部显示腺样体,术中直视下观察后鼻孔、腺样体和双侧咽鼓管圆枕。等离子体手术系统输出功率设定为9档,生理盐水通过EVac70刀头向术区持续注水,刀头经口腔放到鼻咽部处从下往上以“蚕食法”逐层切除肥大的腺样体,切除中遇有出血,换踩止血踏板止血,刀头前端必要时弯曲,以利于消融切除后鼻孔处的腺样体。刀头中心的吸引通道具有内置吸引和生理盐水灌洗功能,手术过程中刀头无需蘸取生理盐水。②吸割器组:在70°鼻内镜下电动吸切割器经口切除腺样体,伤口压迫或双极电凝止血。

对伴扁桃体肥大者行扁桃体切除术,分泌性中耳炎者行鼓膜切开置管术。

1.3 术后评估

手术时间:以从等离子刀或吸割器接触

作者简介:周卫东,男,副主任医师。
通讯作者:周卫东,Email:zwd1802@126.com.

腺样体开始至鼻咽部伤口止血结束,扁桃体及中耳炎手术时间、出血量不计算在内。出血量:以吸引器内吸入的量和止血纱布球的重量估计。术后观察咽痛状况及进食时间,并观察有无出血、感染、高热。

2 结果

等离子组手术时间(5.3 ± 2.1) min,吸割器组(15.5 ± 6.2) min;等离子组出血量(12.4 ± 3.7) ml,吸割器组(55.1 ± 21.5) ml。两组手术时间及出血量比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),等离子手术组较吸切割器组手术时间短、出血少。两组所有病例未发生术后的原发性或继发性出血,伤口未出现感染征象,无高热,术后进食时间相仿,咽痛未见有明显区别,夜间打鼾均明显改善。

3 讨论

等离子低温射频手术系统是近年的一项专利技术,已逐步应用于耳鼻咽喉科多个领域,包括下鼻甲减容、软腭舌根打孔、扁桃体切除等,应用于腺样体手术报道多是打孔消融,用的是美国 ArthorCare 公司的 Reflex55 刀头^[2]。等离子切除腺样体报道较少,该系统发出双极射频电流,以生理盐水作为递质形成等离子场,打断细胞间的生物

键,在 $40^{\circ}\text{C} \sim 70^{\circ}\text{C}$ 左右的状态下使组织汽化,达到腺样体消融切除的目的。由于在温度较低的状态下使组织等离子汽化,而不是通过高温使组织凝固坏死,因此手术创伤减少,手术所用刀头连接生理盐水,术中不断冲洗,进一步减少了周围组织的热损伤,使术后疼痛大为减轻。等离子腺样体切除术出血极少,对患儿全身的影响也轻微,缩短了康复周期。张甦琳等^[3]报道应用等离子低温射频消融系统,结合间接喉镜直视下切除残留或复发腺样体 50 例,获得良好疗效。

术者开始应用等离子切除时,刀头容易堵塞,需经过一个熟练过程,术中的出血量和手术时间也取决于腺样体的肥大程度、术者的技术水平等因素,一次性刀头价格相对较贵。等离子腺样体切除术具有手术时间短、出血少的显著优势,必将得到广泛应用。

参考文献:

- [1] 王勤学,张和平. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(2): 91-94.
- [2] 缪东生,苏开明,王旭平,等. 低温等离子治疗青少年腺样体肥大 36 例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2004,11(2): 91-93.
- [3] 张甦琳,余青松,邵建波,等. 等离子低温射频消融在二次腺样体手术中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2008,22(24): 1127-1128.

(修回日期:2010-05-05)