

肺癌术后气管切开佩戴说话瓣膜 1 例的康复护理

曹云云

(上海市养志康复医院/上海市阳光康复中心, 上海 201619)

摘要:总结 1 例肺癌术后气管切开佩戴说话瓣膜患者的康复护理。护理要点为佩戴说话瓣膜,重建声门下压力,恢复患者言语功能,同时做好坐位平衡训练、心肺功能训练,限制液体总入量,加强心理护理。经康复训练和护理,成功拔除气管切开套管,恢复说话功能,患者住院 50 d 后出院。

关键词:肺癌;气管切开;说话瓣膜;康复护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.12.029

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2019)12-0093-02

肺癌是较常见的癌症,目前也是我国癌症患者的首要死因^[1]。肺癌患者因手术创伤导致心肺功能下降,呼吸困难而行气管切开^[2]。患者气管切开后气道阻力下降,无法形成声门下气压,导致吞咽、发声等功能障碍^[3]。说话瓣膜外面部分由太空胶制成,瓣膜部分属聚丙烯合成材料,属闭合式单通道瓣膜,衔接在气管切开套管口处,当吸气时瓣膜打开,气流通过瓣膜打开的口进入气道,呼气时瓣膜关闭,气流从气管与气管切开套管间隙通过声带呼出气道,用于改善吞咽和言语交流功能。2017 年 6 月上海市养志康复医院收治 1 例左肺癌术后带气管切开套管的患者,通过佩戴说话瓣膜,说话功能恢复,提高了心肺功能及生活质量,住院 50 d 后出院。现将护理体会报告如下。

1 病例简介

患者,男,67 岁。因“左肺癌切除术后恶病质 6 月余”于 2017 年 6 月 5 日入院。患者 6 个月前无明显诱因出现咳嗽,痰中带血,他院行相关检查发现肺部阴影,考虑肺癌,予行左肺切除术,术中病理报告提示左肺根部鳞状细胞癌、非角化型中一低分型。术后肺功能不全,予气管切开、鼻饲饮食。经对症支持治疗后,为进一步康复治疗就诊于上海市养志康复医院重症康复病房。入科查体:体温 36.7℃,脉搏 119 次/min,呼吸 29 次/min,血压 144/76 mmHg。患者意识清楚,精神萎靡,恶病质,不能言语,可写字沟通,左肺呼吸音消失,右肺呼吸音粗,可闻及明显湿啰音,患者胸部 CT 显示右肺炎症,四肢可自主活动,肌肉萎缩,坐位平衡 0 级,立位平衡 0 级,日常生活完全依赖。予心

电监护、鼻饲饮食、抗感染等对症治疗。经过综合康复治疗 18 d 后患者肺功能改善,气道分泌物减少至<100 ml/d,予佩戴说话瓣膜。佩戴说话瓣膜后,血氧饱和度 95%~99%,脉搏 60~120 次/min,呼吸 16~35 次/min,主观反应无不适,各项指标均良好,可发声及咳嗽,可与他人进行言语交流。训练 10 d 后,患者佩戴说话瓣膜可自行与他人打电话沟通,经口进食糊状食物,使用医用橡皮膏封堵说话瓣膜吸气口,将说话瓣膜衔接在气管切开套管口进行试堵管,予以持续堵管 72 h,患者无不适后拔除气管切开套管,住院 50 d 后出院。

2 护 理

2.1 坐位平衡训练 患者平车入院,术后卧床 6 个月未进行下床活动,评估患者坐位、立位平衡均为 0 级。协助患者抬高床头 30°卧位练习 30 min,坐位平衡训练过程中护士密切观察患者有无不适主诉。患者生命体征平稳,血氧饱和度 99%~100%,无不适主诉。3 d 后协助患者 60°卧位练习 30~120 min/次,1~2 次/d,患者生命体征平稳,无不适主诉。入院 2 周后协助患者予 90°卧位练习,患者可耐受 30 min 时开始轮椅坐位练习 30 min/次,患者生命体征平稳,无不适主诉,根据患者耐力逐渐延长坐位时间到能独坐 30 min。在坐位平衡训练过程中,如有头晕、不能耐受等不适时及时放低床头至患者自觉舒适的角度。白天在患者可耐受情况下,床头角度尽可能逐渐摇高,中午 12:00 至 13:00 午休时间和晚间 21:00 将床头角度放低至 30°。护士指导患者床上训练桥式运动,双手双脚平放于床上,用力支撑床面抬高臀部,每日 3 次,每次 10~15 组,根据患者耐力逐渐增加。

作者简介:曹云云(1985—),女,本科,主管护师,护士长。

收稿日期:2019-08-01

2.2 肺康复训练 心肺康复治疗师在患者入院第 2 天开始介入 2 周肺康复训练。患者胸部 CT 显示右肺炎症,康复治疗师每日应用体外振动排痰仪排痰 2 次,患者取左侧卧位,每次 6 min。排痰结束予以呼吸功能训练、体位引流^[4-5]。指导患者坐位或半卧位时进行腹式缩唇呼吸,张口深吸气直至不能吸入时屏气 1~2 s,再经口缩唇慢慢呼出气体,吸气与呼气时长比例为 1:1.5~1:2,每日练习 3 次,每次 10~15 组,根据患者耐受能力适当调整,逐渐延长时间至 15~20 min。根据患者呼吸频率,将双手置于患者肋弓下缘,吸气时双手随患者胸廓松开,呼气时随患者胸廓下陷略施压力,排尽肺内余气,每天 1 次,每次约 20 min。患者入院 2 周后由护士指导患者有效呼吸与咳嗽,每日 3 次,每次练习 5~10 min。鼓励患者自行咳痰,必要时予以吸痰,关注患者主观感受。

2.3 佩戴说话瓣膜的护理 患者发声困难,为其佩戴说话瓣膜,恢复声门下压力。佩戴前检查说话瓣膜与气管切开套管口径是否吻合,该患者气管切开套管口径合适。将气管切开套管气囊内气体抽净,立即进行经气管切开套管吸痰,鼓励患者咳出口咽分泌物。清理完气道分泌物后,一手轻轻固定气管切开套管口周围,另一手将说话瓣膜衔接在气管切开套管口,沿顺时针方向稍旋转使之衔接紧密。2017 年 6 月 23 日患者首次试戴,时间为 15 min。之后根据患者耐受情况逐渐延长至白天 8 h 佩戴,间断行说话瓣膜训练 8 d 后白天持续佩戴。说话瓣膜训练 10 d 后患者痰液量逐渐减少,每日只需吸痰 1~2 次,说话瓣膜训练 14 d 后患者可持续 24 h 佩戴说话瓣膜。佩戴说话瓣膜期间密切观察患者面色、呼吸、心率、血氧饱和度及有无胸闷,若患者无面色紫绀、胸闷,呼吸频率维持在 12~35 次/min,血氧饱和度 90% 以上,心率 60~120 次/min,或较平时心率波动不超过 30%,说明患者佩戴说话瓣膜耐受性好,可延长患者佩戴时间;如果发现以下情况中的任意一种,立即停止说话瓣膜训练:患者面色发红、紫绀、胸闷、主诉不适,呼吸频率小于 12 次/min 或大于 35 次/min,心率上下波动超过平时的 30%,或血氧饱和度低于 90%。如果佩戴说话瓣膜期间患者痰液不能经口有效咳出,可取下说话瓣膜,经气管切开套管吸痰后再佩戴。全天佩戴说话瓣膜 3 d 后予以医用胶布封堵说话瓣膜吸气口,吸氧侧孔帽子盖上封

住侧孔后,将说话瓣膜衔接在气管切开套管口进行试堵管,试堵管期间患者用双腔鼻氧管经鼻持续吸氧 3 L/min。堵管 48 h 后遵医嘱查血气分析,结果提示动脉血氧分压 79 mmHg、二氧化碳分压 29.4 mmHg,堵管 72 h 后患者无任何不适主诉,予拔除气管切开套管。去除说话瓣膜时一手轻轻固定气管切开套管口周围,一手将说话瓣膜沿逆时针取下,取下后放灭菌水或等渗盐水中清洗干净,晾干备用。

2.4 限制液体总入量 患者入院前 2 周每日负压吸引出 200~350 ml 白色泡沫痰。考虑患者心功能下降,减少每日鼻饲摄水水量和静脉输液量,限制患者每日总入量不超过 2 000 ml。

2.5 心理护理 患者情绪较淡漠,选择趣味性游戏引导患者一起参与,由一名康复治疗师与患者进行抛接球训练,每日 1 次,每次 20 min;鼓励家属经常探望患者,护士经常主动关心患者。提升患者社会支持度^[6]。患者坐位平衡能力提高后,予以高靠背轮椅训练,借助轮椅经常带患者到室外花园里活动,呼吸新鲜空气。出院时患者能与医护人员完成日常交流,配合治疗,对生活恢复信心,脸上偶尔浮现笑容。

3 小 结

本例患者一侧肺叶切除且气管切开后肺功能下降,心脏负荷增加,气道阻力下降,无法形成声门下气压,不能进行正常言语交流。因此实施心肺功能训练,提高患者另一侧肺功能;限制液体入量,减轻心脏负荷;安装说话瓣膜,重建声门下压力,恢复患者言语功能;加强心理护理,重建生活信心。经以上康复训练和护理,患者顺利拔除气管切开套管,疾病逐渐康复。

参考文献:

- [1] 陈万青,张思维,郑荣寿. 中国 2009 年恶性肿瘤发病率和死亡分析[J]. 中国肿瘤,2013,22(1):2-12.
- [2] 李妍. 护理干预对肺功能不全气管切开的疗效影响[J]. 中国冶金工业医学杂志,2018,35(2):174.
- [3] 管红梅,万桂芳. 气管切开患者应用说话瓣膜配合呼吸训练的个案分析[J]. 中国康复医学杂志,2018,33(12):1467-1469.
- [4] 何海燕,周冰,王海涛. 肺功能不全肺癌患者 30 例围术期的康复护理[J]. 护理与康复,2014,13(8):775-776.
- [5] 项利雅,秦瑛瑛,柳宝,等. 呼吸训练对胸部放疗患者肺功能与自我感受负担的影响[J]. 护理与康复,2018,17(12):3-6.
- [6] 方晓,陈海霞,方爱军,等. 老年晚期肺癌 196 例的姑息护理体会[J]. 护理与康复,2011,10(9):771-772.