

给临床诊断带来困难。早期诊断的关键是对窒息患儿常规进行血糖监测,动态观察血糖水平的变化,并根据血糖值及时调整输入葡萄糖液的浓度、速度,特别是单位时间内输入量应严格控制,采取积极有效的预防和治疗措施,必要时可用外源性胰岛素控制,维持血糖在正常恒定水平。有资料认为对窒息患儿维持血糖水平在正常高限即 5.4 mmol/L 十分重要,这样既可防高血糖对脑的高渗性损害,又可保证脑的能量代谢需要,提高窒息新生儿的抢救成功率,减少其脑损伤等并发症的发生^[4]。

总之,对窒息患儿应常规进行血糖监测,一旦发现异常,应立即采取相应措施,避免血糖紊乱而进一步加重缺氧性脑损伤。监测窒息患儿血糖水平对疾病预后判断及

治疗具有指导意义。

4 参考文献

- [1] 李智英,梁海,刘晓红,等. 窒息新生儿的血糖变化及护理对策[J]. 现代临床护理,2003,2(2):5.
- [2] 金汉珍,黄德珉,官希吉. 实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:813-818.
- [3] 沈晓明,王卫平. 儿科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2007:136-137.
- [4] 韩玉昆,许植之,虞人杰. 新生儿缺氧缺血性脑病[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:182.

(收稿日期:2008-08-19)

文章编号:1004-9231(2009)01-0044-02

· 护理园地 ·

经纤维支气管镜氩气刀治疗气道阻塞的护理

俞亦好,叶绍茗(浙江省温州市第二人民医院,浙江 温州 325000)

氩气刀(APC)是一种新型可控制的非接触性电凝技术,利用特殊装置,通过氩气的离子化将高频能量传递至靶组织,使该组织表面有效凝固,从而起到止血和破坏有关组织的治疗作用,而组织表面热凝固深度仅 0.5~3.0 mm,可防止穿孔^[1]。将氩气用导管经纤维支气管镜(纤支镜)导入气道内电离,对病灶进行治疗称为经纤支镜 APC 治疗^[2]。我院自 2006 年 8 月开展支气管镜介导下氩气刀治疗气道阻塞,取得了较好的治疗效果。现将护理配合报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2006 年 8 月—2008 年 4 月,对 12 例气道狭窄患者经纤支镜行 APC 治疗。其中男性 10 例,女性 2 例;年龄 46~88 岁,平均 62.3 岁。其中食管癌气管内转移 6 例、原发支气管鳞癌 3 例、腺癌 2 例和左肾透明细胞癌气管内转移 1 例。12 例中气管或支气管支架置入后因肉芽组织增生或肿瘤生长造成再阻塞 7 例。

1.2 操作方法

按纤支镜操作常规,局部麻醉后经鼻插入 Olympus-T40 纤支镜,将纤支镜前端头部置于距病灶 2 cm 处。采用德国 ERBE 公司生产的 APC300 型专用氩气刀,在纤维支气管镜直视下,经工作通道插入氩气刀凝切导管至病灶上方 0.5~1.0 cm 处。启动氩气刀电凝模式,每次 1~3 s,治疗后退 APC 导管,观察局部情况。经氩气刀治

疗后,病灶表面组织泛黄甚至成黝黑样。病变组织烧灼后结痂、坏死较多时,可用活检钳钳除。在整个操作过程中随时抽吸腔内烟雾和气体。退镜前仔细观察病灶,无活动性出血方可退镜。对较大的病变组织,宜分次治疗,以免引起气道穿孔。一般每次治疗后 1 周再行纤支镜复查治疗效果。治疗次数视病灶大小、质地情况而定,一般以病灶基本被烧灼除净为止。

1.3 疗效判断

气道阻塞再通的疗效判断标准^[3]:① 完全有效:腔内病灶完全清除,功能恢复正常;② 部分有效:超过 50% 的阻塞管腔重新开放,功能检查大致正常,患者主观症状改善;③ 轻度有效:阻塞改善不足 50%,但经引流,阻塞远端肺部炎症消散;④ 无效:临床上无主观和客观改善证据。

1.4 治疗结果

12 例患者进行了 23 次 APC 治疗(5 例 1 次,3 例 2 次,4 例 3 次)。其中完全有效 7 例(58.3%),部分有效 3 例(25.0%) 轻度有效 2 例(16.7%)。7 例气管或支气管支架置入后再阻塞患者治疗均为完全有效,管腔阻塞程度越严重所需治疗次数越多。所有患者均未出现气胸、纵隔气肿及皮下气肿。

2 护理

2.1 术前护理

详细了解病史,评估病人在术程的耐受能力,常规检查血常规、电解质、肝肾功能、凝血 4 项、心电图、床旁胸片及动脉血气,以了解有无存在相对禁忌证。如患者缺

氧严重,可经鼻导管吸氧,使其 SatO_2 在 95% 以上以增加其耐受性。

向患者本人或家属解释此治疗的目的及意义,解除疑虑,使患者以良好心态接受治疗。精神紧张患者可术前肌注安定 10 mg。有的患者需接受 2~3 次治疗,对术中不适有严重的恐惧感,对他们要耐心,用鼓励的语言帮助他们树立战胜疾病的信心。

了解病人有无麻醉药物及其他药物的过敏史。术前禁食 8 h,取下活动假牙,避免治疗时呕吐、脱落或食物返流至呼吸道引发窒息。咳嗽频繁患者肌注可待因 15 mg。

术前注意纤维支气管镜、氩离子凝固器及器械的消毒,以防交叉感染的发生。检查氩离子凝固器、纤维支气管镜是否正常,连接 APC 导管、橡胶电极板,接上电源,打开开关与氩气瓶气阀,按“PUR”键排气 2 次,调节操作模式,其中气流速度以 0.3~2.0 L/min 为宜,输出功率 20~40 W。治疗前需进行体外预试验:对放置于橡胶电极之上的湿肥皂按治疗标准进行 1~3 次氩气刀烧灼,导管前端产生蓝红色火焰,同时有少量无色烟雾时为正常工作状态。检查吸引器引力是否正常、吸引管有无堵塞、吸引瓶有无漏气等。

予 2.0% 利多卡因经雾化吸入器雾化吸入局部麻醉至患者吞咽时有哽咽感。

2.2 术中配合与护理

患者取平卧位,头部后仰,肩部垫软枕。将橡胶电极板放置于一侧手臂下,与皮肤直接接触。

整个治疗过程持续监测心率、心律、血压、血氧饱和度,特别是血氧饱和度下降时,应暂停 APC 治疗,并给予氧气吸入待血氧饱和度恢复后再进行治疗。

配合医生经鼻插入 Olympus-T40 纤维支气管镜,通过声门后,经纤支镜工作通道注入 2% 利多卡因 2 mL 局部麻醉,随后分别对左右支气管黏膜以 2.0% 利多卡因局部麻醉。

协助医生经纤支镜工作通道导入 APC 导管至病变部位,导管前端伸出纤支镜,直至病灶上方 0.5~1.0 cm 处探头远端第一色环被看见,开启电凝开关治疗。每次 1~3 s,控制在 5 s 以内治疗后退出,退出 APC 导管后观察局部情况,经氩气刀治疗后,病灶表面组织泛黄甚至成黝黑样。如病变组织烧灼后结痂、坏死较多时,可用活检钳钳除。本组 1 例肿瘤基底大,烧灼后即刻钳除结痂,出现出血量较大,并向健侧肺返流,经纤支镜吸引并予以 APC 止血后出血控制。

治疗时导管要伸出支气管镜插入部前端 1.0 cm 以

上,以防喷出的高温气流损伤支气管镜。在行 APC 治疗时停止供氧,以免发生氧燃烧。

2.3 术后护理及并发症

术后嘱禁食、禁水 2 h,防止误吸。进食前可先饮一些开水,无呛咳后方可进食。鼓励有效咳嗽,及时咳出脱落的坏死组织。

APC 治疗安全性高,并发症的发生率为 3%,主要为气胸、纵隔气肿、皮下气肿、出血、窒息等^[2,4],术后密切观察患者有无剧烈胸痛、气急、呼吸困难、紫绀、咯血等病情变化,如有异常及时处理。本组 3 例患者出现咳血丝痰,无特殊处理后,自行好转。未出现其他并发症。

3 讨论

中心气道狭窄可由多种原因引起,包括良性及恶性病变^[5],它常导致严重的呼吸困难,APC 适用于气管、支气管管壁良性或恶性病灶和气管狭窄^[6,7]。只要操作得当,临床使用是很安全的,本组无出现气胸、纵隔气肿、皮下气肿等并发症,说明该技术安全可靠。但对于肿瘤基底大者,烧灼后即刻钳除结痂容易出血,应慎重。采用 APC 治疗气道狭窄,只有医生与护士通力合作,才能保证治疗取得最安全、最有效的效果。充分的术前准备是保证治疗成功的前提;术中的紧密配合是保证治疗成功的关键,可明显提高医生的工作效率,缩短手术时间,减轻患者的痛苦;术后的严密观察是专科护理的重点,也是治疗成功的重要保证。

4 参考文献

- [1] 金珍成,蔡萌芽,聂茂伟,等. 氩气刀治疗 Barrett 食管近期疗效的评价[J]. 临床医学,2007,27(6):42-43.
- [2] Bolliger CT, Mathur PN. Interventional bronchoscopy[M]. Switzerland: Karger,2000:120-132.
- [3] SNEYDJR. Remifentanil manual versus target-controlled infusion[J]. Anesth Analg,2003,97(1):300.
- [4] 王韧韬,解立新,崔俊昌,等. 氩离子凝固术治疗中心气道阻塞 1 例[J]. 感染·炎症·修复,2008,9(1):51.
- [5] 王广发. 中心气道狭窄的介入治疗[J]. 中华结核和呼吸杂志,2003,26(7):388-391.
- [6] Morice RC, Ece T, Ece F, et al. Endobronchial argon plasma coagulation for treatment of hemoptysis and neoplastic airway obstruction[J]. Chest,2001,119(3):781.
- [7] Reichle G, Freitag L, Kullmann HJ, et al. Argon plasma coagulation in bronchology: a new method alternative or complementary[J]. Pneumologie,2000,54(121):508.

(收稿日期:2008-08-26)