

听神经瘤患者术前术后呼吸道护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/273/2021_2022__E5_90_AC_E7_A5_9E_E7_BB_8F_E7_c67_273779.htm

Nursing care of respiratory tract on pre- and post-operative patients with acoustic neuroma ZHU Can-hui.Department of Neurosurgery ‘ ’ TCM Hospital of Guangdong ‘ ’ Guangzhou 510120 ‘ ’ China

[Abstract] Because of the deep anatomy position of acoustic neuroma and complicated peripheral nerve vein structure ‘ ’ cranial nerve injury in the operation will result in aspiration ‘ ’ lung infection and other complications of respiratory tract infection easily.The risk of the complications of respiratory tract infection could be prevented and reduced through effective activities ‘ ’ which include : reinforcement of psychology nursing and respiratory tract knowledge guidance on patients before operation ; tight clinical observation on patients after operation ; severe implement of axial body-turning and watching on patients of cough ‘ ’ dysphagia and aspirating sputum in time ; strict aseptic processing and enhancement of nursing care on the patient etc.

[Key words] acoustical neuroma ; respiratory tract ; nursing 听神经瘤是起源于第八对颅神经的肿瘤，是常见的颅内肿瘤之一，好发于桥小脑角，发展缓慢，病程长，肿瘤缓慢增大易压迫三叉神经、面神经、听神经、脑干及后组颅神经，产生相应部位的神经功能障碍。目前采用手术完全切除肿瘤是最理想的治疗方法，预后较好。但由于肿瘤位置解剖关系复杂，手术难度大，术中易导致颅神经损伤，出现吞咽困难、饮

食呛咳、周围性面瘫等，致术后容易发生吸入性肺炎，甚至窒息死亡。广东省中医院神经外科2003年12月~2006年11月共收治听神经瘤17例，术前加强患者呼吸道健康知识宣教指导及对术后可能出现的呼吸道并发症进行严密观察，采取有效的护理措施，减少病死率及致残率的发生，效果良好，现将护理体会报告如下。

1 临床资料 本组17例，女10例，男7例，平均年龄47岁，男性患者中3例有吸烟史，都有头痛、耳鸣及不同程度的耳聋，其中动作不协调6例，面部抽搐、感觉减退8例，呕吐伴视盘水肿3例，均在全麻气管插管下行枕下入路听神经瘤切除术。

2 术前护理

(1) 心理护理：术前主管护士详细了解患者病情，为其耐心讲解手术的大致过程及术前术后应配合的注意事项，并介绍此类疾病手术成功的病例，消除患者的消极、紧张、恐惧心理。

(2) 患者因头痛不愿做深呼吸或咳嗽排痰，加上手术麻醉的影响，易发生肺炎。术前护士耐心指导患者做深呼吸运动及有效的咳嗽排痰法，使其熟练掌握，即在排痰前，嘱患者先轻轻咳嗽几次，使痰液松动，再深吸一口气后，用力咳嗽，使痰液吐出。

(3) 吸烟患者护士耐心劝其戒烟，告知香烟中的尼古丁刺激呼吸道黏膜会使痰液分泌增多，增加术后发生痰阻气道的现象，告知其严重性，使患者配合，降低术后肺部感染发生率。

(4) 嘱患者术前晚12 00开始禁食水，以免麻醉中误吸。

3 术后护理

(1) 术后患者均转入重症监护病房，设专人护理，麻醉未清醒前采取平卧位，头偏向健侧，患者清醒或病情平稳后枕枕头，翻身时严格遵循轴式翻身法，且动作轻柔平稳，防呼吸中枢受压引起呼吸骤停。

(2) 严密观察病情，随时观察患者意识、瞳孔、肢体活动及生命体征变化，若患者出现意

识障碍加深、呼吸减慢时，应立即报告医生，准备行脑室穿刺，并准备好各种抢救物品，如气管插管、喉镜、呼吸机等。（3）术后带有气管插管的患者等其完全清醒有咳嗽反射时再拔除，密切观察其吞咽情况等，早期发现水肿的发生；舌后坠者及时给予气管插管，并定时检查，防止通气道堵塞，有缺氧征象者及时给予氧气吸入。（4）由于手术可刺激或损伤舌咽神经、迷走神经，引起咽反射减弱或消失，患者出现不同程度的咳嗽无力、主动排痰困难，易堵塞呼吸道，造成肺炎和窒息的发生，护士主动及时予以吸痰，定时翻身拍背，保持呼吸道通畅，必要时行气管切开。（5）术后伴有面神经、三叉神经损伤，引起周围性面瘫，感觉功能减退或丧失者，注意患者进食时速度宜慢，食物不可过热，防烫伤；已出现声音嘶哑、咽反射消失及吞咽困难的患者，手术后3天暂禁食，必要时给予鼻饲饮食，鼻饲饮食应少量多餐，鼻饲前应检查胃管的位置；待患者吞咽功能恢复后方可进流质饮食（禁止固体食物），小口进食，进食后用压舌板或汤匙掏净口中存留食物，并观察有无食物吸入气管的症状，且抬高床头取坐位或半坐位，护士亲自给患者喂食。（6）对已行气管切开患者，保持病室空气流通，温湿度适宜，限制人员探视，严格执行无菌操作，及时清理口腔、鼻腔分泌物，及时吸痰和保持气道湿润，痰液黏稠者，遵医嘱应用抗生素加糜蛋白酶行氧气雾化吸入，加强翻身拍背等。（7）术后患者需要绝对卧床休息或昏迷患者，按时给予口腔护理，呕吐时保持头偏一侧，并及时给予清水漱口（昏迷者禁忌），保持口腔清洁无残渣，必要时使用吸管，有利于吞咽。

4 小结 在笔者科室全体医护人员精心治疗护理下，本组病例中只有1例长期吸

烟患者手术后病情平稳，医生予以拔除气管插管后8 h，患者出现呼吸困难、嘴唇发绀、痰鸣音严重，经口鼻吸痰无效，紧急情况下医生行气管切开后转危为安；余16例患者未出现误吸及肺部感染等呼吸道并发症。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com