

术后呼吸道护理安全管理体系构建

鄢丹 王淼 官春燕

华中科技大学同济医学院附属协和医院 湖北 武汉 430022

【摘要】：喉部手术由于手术方式不同，术后呼吸道护理的风险也大相径庭，创建针对性的安全管理机制对保证患者的安危有着十分重要的意义。文章根据喉部开放性手术和微创手术的解剖生理特点，对术后呼吸道常见风险及发生机制进行分析，从组织管理、标准化流程、风险预警等几个方面建立呼吸道护理安全管理体系。采用围术期干预、多学科协作、患者参与等方式，对系统进行评价。经过研究证实，系统的呼吸道护理安全管理可以发现风险，规范护理行为，减少并发症发生率，给喉部手术患者提供安全优质的护理。

【关键词】：喉部手术；呼吸道护理；安全管理体系；风险防控；效果评价

DOI:10.12417/2982-3676.26.01.005

喉部手术分为开放性喉癌手术和声带、会厌等部位的微创手术，不同的手术种类对呼吸道造成的干扰程度以及护理要求也不一样。术后出现的喉水肿、气道梗阻、分泌物积聚等呼吸道并发症会危及患者的性命，传统的护理方式不能达到精准防控的目的。创建起一个包含风险评价、标准化干预、多学科合作的呼吸道护理安全管理体系，从而达到由被动应付转向主动预防的目的，这是改善喉部手术患者护理品质的主要途径。

1 喉部手术患者术后呼吸道护理风险分析

1.1 不同类型喉部手术的呼吸道解剖生理改变

喉部手术种类繁多，开放性手术和微创手术对呼吸道解剖生理的影响大相径庭。开放性喉癌手术，比如喉部分切除或者全喉切除，会破坏喉腔结构的完整，扰乱呼吸道和消化道的通路。部分切除术后的残余喉组织会改变咳嗽反射和分泌物的排出来路，全喉切除后空气直接从气管造口进入肺部，没有了上呼吸道的功能，黏膜干燥的风险也大大增加。微创手术并没有改变大体结构，但是器械刺激、激光热损伤等会导致喉黏膜水肿、声带活动受限，还会对会厌的遮盖功能造成影响，从而增加误吸的风险。护理人员要充分认识到这些改变，才能准确制订护理计划，保证患者的呼吸道健康。

1.2 术后常见呼吸道并发症及其发生机制

喉部手术后呼吸道并发症的产生是诸多因素共同造成的。喉水肿属于常见的早期并发症，开放性手术由于创伤大、炎症反应强，所以水肿范围广；微创手术虽然创伤小，但是声门区组织的特性容易引起水肿，导致气道狭窄。气道梗阻的诱因很多，除了水肿以外，血肿、分泌物堵塞等也不能小视^[1]。喉癌手术后的病人咳嗽排痰不好，容易引起感染、肺不张。全喉切除术后气管造口患者痰液黏稠难咳出，容易堵住造口。误吸和会厌切除或者神经损伤有关，食物或者唾液进入气道引起肺炎。另外，颈部淋巴结清扫损伤喉返神经也会加重呼吸道保护功能的缺陷。明确的机制可以提前预防并发症，也可以很好地处理并发症。

1.3 呼吸道护理风险的识别与评估要点

准确识别、评价呼吸道护理风险是保证患者安全的重要环节。风险识别要贯穿术前术后，根据患者的个体特点和手术类型动态评价。术前评估主要考虑患者的基线情况以及喉部病变对呼吸道的影响，比如喉癌患者要评价肿瘤侵犯的程度。术中麻醉记录可以用来判断术后风险等级。术后即刻评估重点在意识、呼吸、血氧等指标，气管切开患者还要注意造口情况。使用结构化的工具，例如气道风险评分表，把主观的经验转变为客观的指标，可以更加科学地判断风险的级别。建立医护沟通机制也十分重要，保证风险评估结果能够及时传递并得到处理，从而使护理人员可以采取相应的措施来降低护理风险，促进患者的康复。

2 术后呼吸道护理安全管理体系的构建

2.1 组织管理架构与职责分工

呼吸道护理安全管理体系的运转要有一个明晰的组织架构以及明确的职责划分。护理部应成立呼吸道护理安全管理小组，科护士长为组长，责任护士、专科护士、麻醉科医生、耳鼻喉科医生、呼吸治疗师等为成员。管理小组制订护理安全目标，审核护理流程，组织人员培训，监督执行质量，分析不良事件。病区设立呼吸道护理责任制，每班安排专人负责呼吸道管理，保证评估、干预、记录不间断。职责分工要细化到具体的岗位上，责任护士做日常的评估和基础护理，即气道湿化、吸痰、口腔护理等，专科护士做复杂的护理操作指导和质量控制，即气管套管更换、雾化吸入治疗等，医生做医疗决策，即调整抗感染方案、决定是否拔除气管套管等，呼吸治疗师提供专业的呼吸支持建议，即氧疗方式的选择、呼吸功能锻炼的指导等。

2.2 标准化护理流程的制定

标准化流程是把循证证据变成临床实践的纽带，保证不同层次的护理人员执行同样的呼吸道护理操作。流程的制定要根据不同的手术类型特点，体现风险分层和个体化的原则。以微

创声带手术为例，可以制定出声带微创术后呼吸道护理流程，即术后体位、雾化吸入频率、发声休息指导、喉水肿观察要点等^[2]。开放性喉癌手术要制定“喉癌术后气管切开护理流程”，包括气道湿化方法、吸痰操作规范、套管清洁消毒、造口皮肤护理、拔管指征评估等。流程应该图文并茂，便于执行和培训。以吸痰操作为例，标准流程中应确定吸痰时机、吸痰管选择、负压范围、插入深度、旋转提拉方法、吸痰前后给氧等细节，避免由于操作不当而加重黏膜损伤。流程制定时要组织专家论证，参照最新的指南以及临床实际情况，在试运行之后不断修改。标准化流程既规范了护理行为，又给新护士的培训、质量考核提供标准。

2.3 风险预警与应急机制的建立

风险预警机制就是对呼吸道风险信号进行早期识别，在并发症出现之前开始干预，阻止病情发展。预警指标要依靠循证、临床数据来挑选，具有敏感性、特异性。可以设置喉水肿的预警指标，术后6小时内声带水肿程度评分大于某个阈值、主诉咽喉疼痛并伴有呼吸困难、血氧饱和度比基础值下降3%以上，任何一个指标出现都会启动预警。预警系统可以采用电子护理看板或者人工报告的方式进行信息的传递。应急机制对于已经发生过的呼吸道急症，比如急性气道梗阻、大出血、窒息等，制订出快速响应的预案^[3]。预案要确定应急程序，人员安排，物资预备以及演练要求。气道梗阻的应急流程中应先确定梗阻的原因，如果为痰痂堵塞则立刻进行吸痰操作，若为喉痉挛则使用面罩加压给氧，并做好准备床旁气管切开包；与此同时告知医生及麻醉科人员准备抢救用具。

3 术后呼吸道护理安全管理体的实施路径

3.1 围术期呼吸道护理干预措施

围术期呼吸道护理干预是贯穿于术前准备、术中配合、术后康复全过程的一项护理工作，体现出的是预防为主的理念。术前护理主要是呼吸道准备和患者教育，即指导患者做深呼吸、有效咳嗽、戒烟、控制上呼吸道感染。对于拟行全喉切除的病人，术前要教给病人手势表达需求的方法，减少术后沟通障碍引起的心理焦虑。术中护理配合主要是对气道进行管理，在麻醉复苏阶段密切观察生命体征和气道压力，及时清除口腔分泌物，避免误吸。术后即刻干预从患者回到病房开始，根据手术类型采取不同的措施。术后6小时之内严格禁声，雾化吸入每日多次，观察有无喉鸣、三凹征。喉癌开放手术病人气管插管保持畅通是首要任务，持续气道湿化，必要时吸痰，吸痰管插入深度不超过套管长度，防止气管黏膜损伤。

3.2 多学科协作在呼吸道管理中的应用

呼吸道管理包含护理、医疗、麻醉、康复等众多专业，多学科协作可以发挥各方面的长处，提高管理效果。协作形式有定期的多学科查房、病例讨论、联合制定治疗方案等。以喉癌

术后患者为例，护士每天观察呼吸道情况，医生根据病情决定使用抗生素或者激素，营养师给病人营养支持促进伤口愈合，康复治疗师指导呼吸肌训练，心理医生帮助患者适应术后的生活变化。多学科协作对于并发症的处理来说更加重要，当患者出现严重的喉水肿的时候，麻醉医生可以参与到紧急气道的评估当中来，决定是否需要重新插管，当患者发生吸入性肺炎的时候，呼吸科医生会帮助制定抗感染的方案。协作机制要确定沟通渠道以及决策流程，创建微信群即时沟通，每周固定时间召开多学科会诊。多学科合作不但提高了呼吸道管理的专业水平，也促进了各个护理人员之间知识的交流、能力的提高，使护理安全体系更立体、更高效。

3.3 患者及家属参与健康教育

患者及家属参与呼吸道护理安全管理体系属于重要组成，自我管理能力的的好坏直接关系到护理效果与康复速度。健康教育要从术前开始，根据患者的文化程度、理解能力采取个性化的方式，即口头讲解、宣传手册、视频演示等。教育内容包括呼吸道自护知识，即术后怎样有效咳嗽、怎样观察呼吸道异常症状、气管造口患者怎样清洁和更换内套管、怎样预防误吸等。声带术后病人应反复强调禁声的重要性，告知病人过早说话会造成声带充血加重、息肉复发。对家属进行协助排痰技巧和应急处理的培训，患者呼吸困难时立即呼叫医护人员，等待期间患者保持坐位、松开衣领、拍背。出院前对患者及家属进行综合评价，保证患者及家属掌握自我护理知识，发放书面指导材料及随访计划。患者及家属的积极参与使安全管理体系由院内延伸到家庭，形成闭环管理。

4 术后呼吸道护理安全管理体系的效果评价

4.1 过程指标与结果指标的设定

效果评价要创建科学的指标体系，包含过程指标和结果指标两方面。过程指标反映体系执行情况和护理行为规范性，呼吸道风险评估完成率、标准化流程依从率、气道湿化执行合格率、吸痰操作正确率、患者健康教育覆盖率等均属于过程指标。可以采用护理记录审核、现场观察、问卷调查等方式来收集。结果指标体现体系对于患者结局的影响，主要是呼吸道并发症发生率、非计划性再插管率、气管切开患者意外脱管率、平均住院日、患者满意度等^[4]。以并发症的发生率来具体细分为喉水肿的发生率、肺部感染的发生率、肺不张的发生率、误吸的发生率等。指标的设定要符合可测量、可比较、可改进的原则，还要考虑到不同的手术类型之间的基线差别。

4.2 护理质量持续改进机制的运行

效果评价的目的是发现问题，促进改进，持续改进机制是安全管理体系的生命线。改进机制按照PDCA循环的原理，用定期的数据分析、问题识别、整改实施、效果追踪的方式达到螺旋式上升的效果。每月组织护理质量分析会，把各项指标数

据汇总之后同目标值比较,分析出现异常波动的原因。例如某个月喉水肿发生率上升时,就要查找病例,分析是不是由于预警机制失效、雾化吸入执行不到位、医生激素用药调整不及时等原因造成的。根据根本原因制订整改措施,加强雾化吸入督查、修订预警阈值、开展专项培训,明确责任人及完成时间。下一阶段主要对相关指标的变化进行观察,评价整改的效果。持续改进还要创建不良事件根因分析体系,对每一次的呼吸道相关不良事件展开细致剖析,从系统角度找出问题所在,而不能只对个人承担责任。经过不断地改善,使安全管理体系越来越贴近临床实际。

4.3 临床实践中的效果反馈与优化

效果反馈来自临床实践的各种途径,有护理人员体验、医生评价、患者感受、家属反馈等。护理人员是体系的执行者,其体验可以体现体系是否可行、是否实用,通过访谈、座谈会等形式来收集意见^[5]。以护士反馈预警系统为例,界面繁杂、录入时间长,降低了使用依从性,需要对系统流程进行简化或

者改善信息系统。医生评价主要考察体系对于医疗决策的支持程度,即能否及时给患者提供呼吸道状况的变化信息,从而调整治疗方案。患者及家属反馈是评判体系人文关怀的标尺,用出院满意度调查来检验呼吸道护理感受,比如疼痛控制是否满意,健康教育是否清楚易懂,对护士是否信任等。根据各方面反馈,找出体系运行中存在的薄弱环节并加以改进。

5 结语

喉部手术病人术后呼吸道护理安全体系的创建和执行,是一一项系统工程,需要依照不同种类手术的病理生理特性,融合组织管理,流程规范,风险预警,多学科协作等诸多要素。通过标准化的护理流程来统一行为规范,用风险预警机制来实现早期干预,依靠多学科合作来提高管理效率,依靠患者参与来延伸照护链条,从而形成一个完整的、贯穿于整个围术期的呼吸道安全防护网。效果评价不但可以检验体系是否有效,而且可以给持续改进指明方向。该体系在临床中起到降低呼吸道并发症、保证患者安全、提高护理质量的作用。

参考文献:

- [1] 龙波,冉莺.喉癌术后气管切开患者发生下呼吸道感染的影响因素及预防护理[J].医学临床研究,2024,41(12):1944-1946.
- [2] 孙东红,张丽杰.针对性呼吸道护理联合呼吸专项训练对肺癌患者经胸腔镜肺叶切除术后呼吸功能的影响[J].黑龙江医药,2023,36(04):959-962.
- [3] 党娟,谭洁琼.针对性呼吸道护理对肺癌患者经胸腔镜肺叶切除术后肺功能和生存质量的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(28):171-173.
- [4] 黄娇.喉癌全喉切除术后患者发声功能重塑的临床护理路径构建及应用初探[D].遵义医科大学,2020.
- [5] 冯舒轶.呼吸道护理对全肺切除术后患者预后的影响[J].当代护士(中旬刊),2019,26(08):43-46.