

一例大气道狭窄患者经硬质气管镜置入 Montgomery T 管术后的护理个案

王蓓蓓

山东第一医科大学第三附属医院 山东济南 250000

摘要：总结一例气管切开状态并大气道狭窄患者经硬质气管镜置入 Montgomery T 管术后的护理，主要护理措施包括呼吸道管理，预防 Montgomery T 管移位及感染，康复功能训练，心理支持，个体化出院指导。经过治疗与护理，患者可正常语言沟通及经口进食，于 Montgomery T 管置入后 9d 成功堵管，顺利出院，术后 1 个月、3 个月随访恢复良好，无并发症出现。

关键词：大气道狭窄；硬质气管镜；Montgomery T 管；护理

引言

Montgomery T 管（简称 T 管）置入术是运用“T”形支架置入到患者气管中，主要用于改善患者的通气功能，它采用“T”形支架设计，置入患者气管中，通过其上下两个分支和外侧的一分支，有效地支撑气管，同时具有良好的弹性和韧性，能够降低对气道黏膜的刺激。这种设计不仅有助于改善通气，还能在咳嗽时保持稳定，不易咳出，从而为患者提供稳定的呼吸支持。Montgomery T 管的置入是一种过渡性的治疗手段，适用于各种原因引起的良性和恶性气管及喉部狭窄的治疗。本文讲述 1 例大气道狭窄并气管切开状态收入我科的患者，在全身麻醉下在气管上段置入 Montgomery T 管治疗，在经过一系列针对性护理后，成功堵管出院，现将护理经验总结如下。

1. 病例资料

1.1 一般资料

患者孙 XX，男，因“反复咳嗽咳痰半年，憋喘加重 10 余天。”于 2024-04-03 14:58 入院，10 余天前患者因咳痰困难、憋喘，于当地输液治疗，具体用药不详。2024-03-30 患者因突发憋喘就诊于乐陵市人民医院，急行气管插管，因气管狭窄，插管困难，急行气管切开，具体不详。2024-04-03 行颈部强化 CT 示：气管上端高密度影并管腔不规则狭窄，考虑炎性改变，纵隔气肿。现为进一步诊疗入院。门诊以“大气道狭窄、气管切开状态、纵隔气肿”收入我科。

既往史：平素身体一般。2023-09-02 患者因“急性脑出血、脑梗”于当地医院微创手术治疗，具体不详。

1.2 治疗与转归

诊疗计划：呼吸内科护理常规、I 级护理、低盐低脂饮食、留陪人、心电监测、血氧饱和度监测、高流量湿化氧疗、吸痰护理、气管切开护理；入院后完善血气、心电图、凝血、降钙素原、血沉、BNP 等协助诊疗及评估；给予抗感染，抑酸护胃，抗炎化痰平喘，抗凝，解痉平喘，控制血压，调脂等治疗，注意避免呛咳误吸加重感染，及时吸痰，做好气道湿化，避免痰痂堵管风险；密观患者病情变化，及时对症处理。入院第 2 天主任查房后分析指出：结合患者院外气管镜下气道狭窄表现，考虑患者目前气管切开状态，无法拔除气管套管，为提高生活质量，拟更换气管 T 管，先给予患者抗炎平喘调节血压等治疗。入院第 4 天全身麻醉下，呼吸机接气管插管辅助通气，硬镜联合气管镜经口进镜，声门下气管上段可见孔隙样狭窄，周围疤痕挛缩，气管镜不能探入，电刀 4 点及 8 点位切开，硬镜硬扩张，拔出气管插管，硬镜接高频通气探入远端，远端气管通畅，隆突锐利，左右主支气管及各叶段支气管管腔通畅，粘膜光滑，大量透明粘稠分泌物拥堵管腔，充分吸引，生理盐水 40ml 灌洗右下肺，回吸收 20ml 灌洗液送检。气切口周围皮肤消毒，修剪 12mm 安全 T 管上 29mm 下 20mm，经气切口置入，T 管上端位于声门下，T 管远端气管通畅，粘膜光滑。声门下气管左侧壁

局部息肉，活检钳钳夹送检病理。气切切口局部缝合固定。遵医嘱密切观察患者体温、血压、呼吸、血氧饱和度及评估患者咳嗽、咳痰情况。术后第1天患者神志清，精神可，生命体征稳定，阵发性咳嗽咳痰，无发热，无憋喘，无胸痛，无咯血等不适，送检病理回报：(声带新生物)符合息肉，气管切开处注意消毒换药，避免感染，注意湿化，避免痰痂堵管。术后第2天痰培养示：肺炎克雷伯肺炎，多重耐药，予接触隔离，予以继续加强气道湿化等气道管理，保持呼吸道通畅，防止管道堵塞。术后第5天，可间断堵管，给予吞咽康复训练。术后第8天患者生命体征稳定，少量咳嗽咳痰，无发热，无憋喘无胸闷胸痛，无咯血等不适，可正常语言交流，声音无嘶哑，气管切开处伤口恢复良好，予拆线。术后第9天，患者康复出院，给予详细个体化出院指导。

2. 护理措施

2.1 呼吸道管理

2.1.1 保持呼吸道通畅

及时有效地清除病人气道分泌物、防止病原菌聚集是预防 Montgomery T管置入术后呼吸道风险发生的关键^[1]，根据患者病情和需要，定期使用吸痰器清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，防止痰液堵塞。吸痰管插入的深度应控制在放入的 Montgomery T管下端处1-2cm，并配合雾化吸入及体外振动排痰。据报道，体外振动排痰可促进小气道的痰液松动并移至大气道，可提高负压吸痰的效率^[2]。

2.1.2 气道湿化管理

选择高流量呼吸湿化治疗仪联合雾化吸入法进行湿化。高流量湿化治疗仪可以提供稳定的吸氧浓度及温度，快速有效地改善血氧，冲刷生理性解剖学死腔，减少二氧化碳再吸入。充分的湿化和温化，使气道粘液纤毛清理功能处于最佳状态。不仅降低了病人痰液黏稠度，还有有效的避免病人呛咳等不适发生。

2.2 预防 Montgomery T管移位及感染

2.2.1 妥善固定

术后患者需避免头部后仰、前屈或扭转幅度过大，保持头颈正常功能位。护士巡视病房以及床旁交接班时，应密切关注T管侧支的外露刻度，避免T管发生移位。观察患者咳嗽、咳痰情况以及血氧饱和度变化，如果出现咳嗽咳痰困难、憋喘貌及主诉气道异物感时，值班护士应及时观察T管位置，报告值班医生，及时对症处理，缓解患者呼吸困

难等症状，本科室患者未发生T管移位情况。

2.2.2 预防感染的护理

术后初期要密切观察气管切开伤口情况，保持伤口干燥、清洁，防止感染。根据渗出情况更换敷料，每日2次用碘伏清洁伤口周围的分泌物，并观察伤口周围有无红肿、疼痛、渗液等异常情况。此患者术后第2天痰培养示：肺炎克雷伯肺炎，多重耐药感染，按照多重耐药药隔离措施，将患者放置在单人间，每日空气消毒2次，调节适合的温湿度，限制探视人员，做好消毒隔离，严格执行换药前后手卫生。

2.3 康复训练

为了更好的提升患者康复进程，护理人员针对患者实施康复训练，主要采取吞咽功能训练，护理人员指导患者正确的吞咽功能训练：压舌板来刺激患者的颊部内侧、口唇周围和舌头。指导患者做缩唇、鼓腮、吐舌等运动；空吞咽练习，在进行训练过程中，指导患者稍低头，通过空吞咽的方式使喉部上推完成喉上抬动作；指导患者进行点头训练，指导病人颈部向前、后、左、右4个方向分别点头并空吞咽，以上几组康复训练，每天指导患者做5-10次，开展循序渐进的方式开展，先从5次开始，然后在增加到每天10次^[3]。康复训练第4天，患者洼田饮水试验评定2级。

2.4 心理护理

由于对 Montgomery T管置入术的不了解，患者可能会出现焦虑、恐惧等心理问题。要做好心理护理，关心患者的心理需求，给予适当的安慰和鼓励。在术前与患者进行充分沟通，解释病情及手术方法，消除其疑虑。术中认真记录操作时间及注意事项，严格执行无菌操作规程，保证手术安全。术后密切观察病情变化及患者身体状况，避免出现并发症。告知患者术后可自行下床活动及进食，给予患者心理安慰及支持，鼓励其树立战胜疾病的信心^[4]。

2.5 个体化出院指导

2.5.1 告知患者及家属保持T管通畅的重要性

居家时要保证气滴的频次，气滴时注意与病人的配合，防止误吸。如无紧急情况发生，除雾化，气滴操作外，请不要打开外支开口的盖子，以免造成T管内痰液随呼吸运动风干，加重痰液黏稠甚至堵塞管腔等严重后果的发生。

(1) T管边缘摩擦患者气管壁，会形成肉芽组织，导致气道再次狭窄或气道梗阻的发生，患者如发生呼吸困难，或声音嘶哑，官腔狭窄造成的喘鸣音出现时，请及时就医，

紧急情况下打开 T 管外支开口的盖子进行通气,并持续经 T 管外支进行雾化吸入,保证下呼吸道通畅。

(2) 指导患者及家属清洁 T 管外口,保持 T 管外口处清洁干燥。

(3) 向患者讲解定期复诊的重要性并指导患者戒烟戒酒,保持良好的生活方式,淋浴时应将 T 管防水帽盖上,避免洗澡水进入气管 T 管内,同时注意加强营养摄入,提高身体抵抗力,保持每日充足的水分摄入,保持营养均衡。

3. 小结

近年来,随着呼吸介入医学领域的不断发展, Montgomery T 管置入术治疗大气道狭窄的技术在临床上越来越成熟,然而在临床应用中,由于声门下狭窄患者的气道情况复杂,而 Montgomery T 置入后可能给病人带来一系列的风险,因此对护理也提出了更高的要求。针对此类患者,护理人员应给予其充分的心理支持,使其积极配合治疗,护理过程中密切关注 Montgomery T 管位置并进行消毒维护,预防 Montgomery T 管移位及感染,做好呼吸道管理,指导并督促患者进行吞咽功能训练,并对患者进行详细出院后的

管道维护指导等,预防并发症的发生。

参考文献:

[1] 李秀萍. 集束化吸痰护理管理对气管切开患者吸痰耐受性及呼吸道并发症发生率的影响 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2022,29(6):76-79.

[2] 石泽亚,秦月兰,祝益民,等. 纤维支气管镜肺泡灌洗联合振动排痰治疗重症肺炎机械通气患者的效果观察:一项 286 例患者前瞻性随机对照研究 [J]. 中华危重病急救医学, 2017,29(1):66-70.

[3] 郑尧,宋英,石泽亚,等. 1 例气管重度狭窄病人全身麻醉下经硬质气管镜置入 Montgomery T 管术后的护理 [J]. 全科护理, 2024,22(16):3166-3168.

[4] 张庆翔,刘亚群,孟洁,蔡明静,黄栋栋. 环气管部分切除术治疗严重声门下狭窄 1 例临床耳鼻咽喉头颈 [J]. 外科杂志, 2023(06):12-15.

作者简介:

王蓓蓓, (1985—), 女, 汉族, 山东省济南市, 本科, 山东第一医科大学第三附属医院, 护士长, 呼吸内科