

一例胸腺肿瘤伴气管受压脱机困难患者安宁疗护个案护理

杨 航 蔡美妙 陈佳希 郑 炭 周琳莉*

广州医科大学附属第一医院横琴医院重症医学科 广东珠海 519031

摘 要: 目的: 总结 1 例胸腺肿瘤伴气管受压致脱机困难患者的安宁疗护实践, 为同类重症患者提供护理参考。方法: 对 77 岁 AB 型胸腺瘤伴气道压迫、反复脱机失败的高龄患者实施多学科协作的个体化安宁疗护。动态应用 PPS/PPI 量表评估生存期及需求, 核心措施包括: ①定制可调式气管切开套管缓解气道阻塞; ②基于 NRS2002 评分实施肠外-肠内营养序贯治疗; ③程序化脱机 ($\text{FiO}_2 \leq 40\%$ 、 $\text{PEEP} \leq 5\text{cmH}_2\text{O}$) 联合呼吸肌训练 (腹式呼吸、坐位平衡); ④疼痛管理 (改良面部表情量表评估 + 非药物干预); ⑤协调亲属探视满足情感需求。结果: 经 64 天干预, 患者成功脱机, PPS 评分从 10% 提升至 50%, PPI 预估生存期从 <3 周延至 >6 周, 最终转至普通病房并出院疗养, 达成“离开 ICU”核心诉求。结论: 整合器械改良、症状控制与心理支持的安宁疗护模式, 可助力复杂脱机困难患者实现治疗目标, 多学科协作与动态需求评估是关键。

关键词: 胸腺肿瘤; 脱机困难; 气道受压; 安宁疗护; 个案护理

我国多用安宁疗护这个名称用于对为生命受到疾病威胁的患者 (成人和儿童) 及家属提供生理、心理、精神和社会支持的一种模式。常包括姑息护理、缓和医疗、临终关怀、舒缓护理和安宁缓和医疗等^[1]。

在香港澳门, 缓和医疗 (Palliative Care)、安宁照护 (End-of-Life Care) 和宁养照护 (Hospice Care) 是泛指晚期病人照顾服务的常见名称, 但三者各自的涵盖范围和侧重点并非完全相同^[2]。世界卫生组织将缓和医疗界定为改善病人生活质量的照顾方法^[3]。舒缓治疗在疾病的早期患者即有需求, 随着疾病进展, 需求会越来越高。安宁照护为可能在 6-12 月死亡患者提供照护, 为患者控制症状, 提供心理社交和心灵支持^[4]。宁养照护的首要目标由延长生命过度至提升病人临终前的生活质量^[2]。

胸腺瘤包含 A 型^[5] (包括不典型亚型)、AB 型、B1 型、B2 型、B3 型胸腺瘤、伴有淋巴间质的微结节型胸腺瘤、化生型胸腺瘤及脂肪纤维腺瘤。目前胸腺肿瘤无论 A 型, B 型还是 AB 型等, 均已被视作恶性肿瘤^[6]。重症肌无力是胸腺恶性肿瘤的常见伴发疾病^[7]。

本人所在科室在 2024 年 11 月 6 日收治一名确诊肺部腺癌 14 余年的患者, 该患者在 2024 年诊断为胸腺肿瘤 AB 型, 肿瘤压迫气道致多次脱机失败, 但患者选择不进行外科手术治疗, 又有强烈的脱机需求, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者, 女, 77 岁, 身高 160cm, 体重 60kg, BMI 23.44kg/m², 确诊咳嗽、咳痰、气促 5 月余, 该患者 2024 年 6 月外院胸部 CT 提示上纵膈气管旁结节伴气管受压变扁, 予气管插管及气管支架置入术, 7 月纵膈肿物病理提示 AB 型胸腺瘤, 未行手术治疗。8 月行纵膈病灶放疗, 后咳嗽、咳痰、气促加重, 考虑肿瘤压迫气道狭窄, 转入 ICU 监护治疗。9 月定制气管支架并更换, 病理诊断报告: (气管 I 区粘膜组织) 被覆纤毛柱状上皮及鳞状上皮的粘膜。局灶糜烂及急性炎, 被覆鳞状上皮单纯增生, 局灶呈非典型增生, 未见明确的肿瘤性病变。10 月尝试拔除经口气管插管, 拔除后患者血氧饱和度下降, 考虑气管支架上缘与气管壁轻度成角, 气管塌陷, 予重插气管插管。

患者有强烈的脱机需求, 申请转入我院, 入院诊断为: 大气道狭窄、胸腺肿瘤 (AB 型)、重症肺炎、气管支架置入术后、肺恶性肿瘤个人史、高血压病 2 级 (极高危)、冠状动脉粥样硬化、肝肾不全、脂肪肝、肝囊肿、胆囊结石伴胆囊炎、下肢静脉血栓形成 (右侧胫后静脉, 双侧比目鱼肌静脉丛)、肌肉血肿、双侧甲状腺结节。

1.2 社会心理状况

患者高龄, 丧偶, 无子女, 平时由妹妹及侄子侄女照顾,

有一名弟弟在国外。

1.3 病情变化及治疗

经口气管插管接呼吸机辅助呼吸于2024年11月6日入院,患者带入耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐碳青霉烯类抗菌药的鲍曼不动杆菌(CR-AB)。11月18日,患者无发热,经鼻气管插管接呼吸机辅助通气(P-SIMV模式:FiO₂ 30%, PS 10cmH₂O, PEEP 5cmH₂O, f 10次/分),查体:BP: 92-171/53-83mmHg, HR: 79-129次/分, RR: 12-26次/分,血氧饱和度98-100%。皮肤干燥,双侧瞳孔等圆等大,大小约3.5mm,对光反射灵敏。留置PICC导管无渗血渗液。双侧呼吸音粗,未闻及显著干湿啰音。心律齐,未闻及异常心音。腹平软,肠鸣音3次/分。当日行多学科讨论,就感染加重,无法撤离呼吸机行下一步治疗方案,请胸外科医生、纤支镜专科医生指导外科手术指征及时机,气管切开指征及时机。

11月30日改为经鼻气管插管接呼吸机辅助通气。12月9日在全麻下行气管切开术,术后接呼吸机辅助通气,切口渗血多,气道吸出大量红色痰液。12月15日患者清醒,眼神示意写字想要尝试脱离呼吸机,医护团队进行序贯接高流量呼吸湿化治疗时,约1小时后患者感受憋气,表示需要呼吸机辅助呼吸。2024年12月25日起至2025年1月5日经脱机锻炼,逐步脱离呼吸机辅助呼吸,2025年1月8日转普通病房继续治疗,1月20日出院。

2 护理

2.1 主动识别安宁疗护需求,进行PPS, PPI评估^[8]。

入院时,PPS评估:患者行动能力绝对卧床,无法作任何活动,病情严重,完全被照顾,只有口腔护理,神志昏迷,为10%。PPI评估,PPS分数为4分,进食评估为2.5分,未见水肿,呼吸机辅助呼吸,镇静状态,PPS总分为6.5分,预计生存期少于3周。

11月18日,PPS评估:患者行动能力大部分卧床,无法作任何活动,病情严重,自我照顾大部分时间需要帮忙,经口气管插管无法发音,但能表达喝水需求,予提供温水,其余营养从胃管喂食,神智清醒,为40%。PPI评估,PPS分数为2.5分,进食评估为1分,未见水肿,呼吸机辅助呼吸,PPS总分为3.5分,预计生存期大于6周。

12月9日术后,PPS评估:患者行动能力大部分躺,无法作任何工作,病情严重,自我照顾大部分时间需要帮忙,

气管切开无法发音,镇静状态,停止镇静时患者有烦躁,胡言乱语,进行肠内肠外营养支持,为40%。PPI评估,PPS分数为2.5分,进食评估为1分,未见水肿,气管切开后呼吸机辅助呼吸,有谵妄状态4分,PPS总分为7.5分,预计生存期小于3周。

1月8日患者转出普通病房,转出前评估。PPS评估:患者行动能力可坐起,无法进行居家活动,病症明显,自我照顾需要帮忙,气管切开无法发音,但能表达喝水需求,予提供温水,部分营养液从口腔进入,其余营养从胃管喂食,神智清醒,为50%。PPI评估,PPS分数为2.5分,进食评估为0分,未见水肿,气管切开后高流量呼吸湿化氧疗,PPS总分为2.5分,预计生存期大于6周。

通过PPS,PPI评估^[9]预计患者的生存期逐渐延长,发现该患者舒适度逐步提高,对离院需求越来越高。

2.2 积极控制躯体症状

2.2.1 气道护理

本病例入院时肺部感染严重,反复出现呼吸急促,予抗感染,纤支镜廓清气道,雾化排痰治疗等。患者因肿瘤堵塞气道,呼吸困难,经历经口气管插管和经鼻气管插管以及气管切开术,护士每班记录导管固定情况、深度,保持固定装置清洁、干燥,定时或及时进行更换,使用双加温呼吸管路,保持气道湿化,按需吸痰,做好气囊护理,压力维持在20-30cmH₂O,定时监测气囊压力。抬高床头30°,口腔护理,预防呼吸相关性肺炎。气管切开后予做好气切护理,从早期3天内使用气切纱块,后使用气切型聚氨酯泡沫敷料保护气切口,发现敷料湿透一半以上立即更换。

2.2.2 多重耐药菌防控

患者入院即采用预先接触隔离管理程序^[10],入住单间,挂隔离牌,所有物品专人专用,床头卡、腕带均标注隔离标识。医护人员进入单间均有戴帽子口罩,穿隔离衣,离开单间时先摘手套,再脱去隔离衣。外出检查前通知对方科室,及时采取感染防控措施。患者使用后的被服在单间时候专用黄色垃圾袋收取,离开单间前再外套黄色垃圾袋,规范封扎后标注“感染性被服标签”。家属探视前均做感染防控宣教,进入单间前手消毒,戴口罩穿隔离衣,按要求不任意走动,不触碰除患者床单位以外的其地区域,探视结束后按规范进行脱隔离衣,洗手离院。

2.2.3 营养管理

全身肌肉力量差是长期脱机困难的重要原因之一,加强营养结合肢体功能锻炼能为病人顺利脱机创造条件^[11]。应用营养筛查量表 NRS2002 进行营养筛查,营养筛查评分为 5 分,存在营养风险。入院 48 小时内肠外营养,运用有肠外营养+肠内营养方案,包括卡全,TPN,人血白蛋白,百普力,能全力,每日监测胃肠摄入量和大便的颜色性状和两,从刚开始肠外营养逐步过渡到肠内营养,根据患者肠内营养耐受程度,逐步调整营养液及泵数。2024 年 11 月 20 日-25 日发现大便呈第六型,成糊状大便,每日 3-6 次,患者示意大便时有腹部绞痛,大便常规显示球菌比例失调,怀疑存在肠内感染,医嘱予暂停肠内营养,运用益生菌调理。11 月 26 日开始增加肠内营养,从 15ml/h 逐步增加到 30ml/h。12 月 3 日开始患者大便可成型,患者无诉大便前腹痛情况发生。

2.2.4 疼痛护理

胸腺肿瘤常有的症状是胸痛、胸闷、咳嗽及前胸部不适,特有的表现是合并某些综合征如重症肌无力等^[12,13]。

疼痛评估使用改良面部表情疼痛评估工具^[14]。患者入院 8 小时内即进行疼痛评估,当疼痛稳定时,定时评估。当疼痛评分大于等于 3 分以上,使用镇静镇痛药物时候,每班评估,并根据医嘱调整药物剂量及速度,使用药物后按时续评。当疼痛评分低于 3 分时,通过舒适的基础护理,如定时协助翻身,整理床单位;与患者建立良好关系,通过文字沟通,了解患者实际需求,根据患者要求,感觉舒适度,调节室内温湿度;护理过程中翻身操作前均和患者沟通,满足其意愿。通过多学科配合,运用中医疗法,热敷,理疗,按摩等措施,缓解患者疼痛,消除负面情绪,提高生活质量。

2.2.5 脱机治疗护理

医疗团队经多次和医务科药械科沟通后,联系厂家定制能满足患者疾病治疗需求的“气管切开插管”,该气管切开插管(固定翼可调节式)由不锈钢增强硅胶插管、可调节式固定翼、病人端 15mm 外圆锥接头、硅胶套囊及套囊充气管,尖端带孔插管芯,红色接头闭塞装置组成。该器官切开插管确定能用于核磁共振环境下,2024 年 12 月 9 日,在手术室行气管切开术,术中植入定制气切套管,术后返回重症监护室。

2024 年 12 月 15 日开始进行程序化脱机^[15]:

对患者脱机筛查,筛查试验通过 ① FIO₂ ≤ 40%; ② PEEP ≤ 5cmH₂O; ③ 动脉血氧分压 >60mmHg; ④ P/F >150; ⑤ 动脉血 PH >7.35; ⑥ 呼吸频率 ≤ 30 次/min; ⑦ 心率 ≤ 100 次/min; ⑧ 无使用升压药; ⑨ 体温 ≤ 38℃。气道评估发现患者有咳嗽反射,不见痰液,可闻及清晰的咳嗽声音。吸痰见泡沫样痰,吸痰管内壁无痰液滞留。进行 SBT 试验通过,序贯接高流量呼吸湿化治疗 1 小时后患者呼吸频率加快,心率加快: ① 呼吸频率 >35 次/分; ② 心率达到 130 次/min; ③ 血压收缩压 >150mmHg, ② 呼吸浅快指数(呼吸频率/潮气量)为 95,患者表示不能耐受高流量呼吸湿化治疗,要求接呼吸机,连续一周脱机试验通过后仍脱机失败。

为提升脱机成功率,医护团队对患者进行呼吸肌训练及肢体训练,根据患者机体功能制定训练计划,囊括呼吸肌训练和肢体训练。护理人员晨间护理后,拍背彻底洗干净痰液后,调整体位从床头抬高 30 度,至保持床上坐位达到静坐平衡^[16,17],后转为趴坐,保持趴坐同时指导患者双手握紧康复握力球,随后抬高上肢,每天 1-2 次,从 1min 逐步坚持至 20min。呼吸肌训练是重点,根据患者意愿选择舒适体位,以半卧位或者坐位为主,腹部放置软枕,协助患者左手置于胸前,右手置于腹部,吸气时腹部隆起,呼气时腹部收紧,反复训练^[18]。以患者耐受为度。

2024 年 12 月 25 日起,患者序贯接高流量呼吸湿化治疗时间从每天的 1 小时逐步延长至每天 16 小时,后逐步脱离呼吸机。

2.3 加强医护家属合作,不仅满足身体护理,心理辅导,同时考虑患者情感和精神上的需要^[19],最终实现患者愿望。

经了解,患者确诊肺腺癌、老伴离世后,仍坚持抗癌,抗癌时间长达 14 余年。除患者本人坚强的毅力,妹妹和侄子侄女的照顾让抗癌历程平稳而有生活质量。患者有很长一段时间未见弟弟,十分期待弟弟能来探望她。当弟弟从国外飞回来,到达医院的时间恰逢非正常探视时间,经向医疗医生申请临时探视,允许亲属按预约进行探视。弟弟探视的时候,患者都不由自主的眼含泪花,表示:我想要尽快离开这里。

3 转归

患者气管切开高流量呼吸湿化氧疗情况下在 2025 年 1 月 8 日转出内科病房,呼吸支持逐渐减少,后患者出院转到康养院休养,最终满足患者离开 ICU 的愿望。

4 小结

该病例是胸腺肿瘤患者,患者高龄,由于胸腺肿瘤位于气管下部,肿瘤压迫下有呼吸困难症状,普通的气管插管下能保持气道支撑,减少肿瘤压迫。因患者有强烈脱机需求,在外院不能耐受脱机,血氧饱和度下降。针对该例患者的情况,结合患者的愿望,我科医护团队经多学科讨论,通过多学科合作,定制个人专用气管切开套管,由外科医生行气管切开术,运用加强型气管切开套管支撑,减轻气道阻塞症状;同时积极控制其躯体症状,减轻患者生理痛苦;通过呼吸肌训练及肢体训练帮助患者完成拔除气管插管,脱离呼吸机愿望;面对高需求患者,护士动态评估其需求状况,提供合适的支持性照顾^[20],满足患者不同阶段需求的变化,最后出院到康养院疗养,取得较为满意的结果。

参考文献:

[1]RADBRUCH L, DE LIMA L, KNAUL F, et al. Redefining Palliative Care A New Consensus Based Definition[J]. J Pain Symptom Manage,2020,60(4):754-764.

[2]香港中文大学赛马会老年学研究所.安宁服务培训及教育计划:医护人员培训手册[M].香港:香港中文大学赛马会老年学研究所,2020:11.

[3]World Health Organization. (2019). WHO definition of palliative care.Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

[4]Institute of Medicine of the National Academies. (2015). Dying in America: Improving quality and honouring individual preferences near the end of life. Washington, DC: The National Academies Press.

[5]武春燕,谢惠康,李媛.WHO胸部肿瘤分类(第5版)中胸膜、心包及胸腺肿瘤部分解读[J].中国癌症杂志,2021,31(9):769-774.

[6]Detterbeck FC, Zeeshan A. Thymoma: current diagnosis and treatment. Chin Med J (Engl), 2013, 126(11): 2186-2191.

[7]方文涛,傅剑华,沈毅,等.胸腺肿瘤的诊疗:基于中国胸腺肿瘤协作组多中心回顾性研究的共识[J].中国肺癌杂志,2016,19(7):414-417.

[8]Virik K, Glare P. Validation of the Palliative Performance Scale for Inpatients Admitted to a Palliative Care Unit in Sydney, Australia[J]. Journal of Pain & Symptom Management, 2002,

23(6):455-457.

[9]Si Qi,Yoong,Hui,Zhang,Dee,Whitty,Wilson Wai San,Tam,Wenru,Wang,Davina,Porock.Prognostic utility of Palliative Prognostic Index in advanced cancer: A systematic review and meta-analysis.[J].Palliative & supportive care,2025,23:e80.

[10]陈慧豪,李敏,丁亚利,任艳,莫绮君.主动全覆盖筛查与预先接触隔离联用于ICU多重耐药菌防控中的效果观察[J].河北医药,2024,46(14):2144-2147.

[11]宫玉翠,王子文,李平东.1例长期脱机困难病人的营养护理[J].全科护理,2018,16(12):1528-1529.

[12]廖裕彬,冯家宁,陆剑豪.胸腺瘤手术治疗及进展[J].佛山科学技术学院学报(自然科学版),2018,36(1):79-81.

[13]王彬,王波,张连斌,初向阳.58例胸腺癌的外科治疗及临床分析[J].解放军医学院学报,2014,35(6):561-564.

[14]中华护理学会,成人癌性疼痛护理评估[S].T/CNAS01-2019,2019,11,10,2020,01,01.

[15]杨建国,何细飞,黄菊九,徐素琴,郑佳,刘春锋,赵豫鄂,郑娜.程序化脱机方案在呼吸内科重症监护病房机械通气患者脱机过程中的临床实践[J].护士进修杂志,2021,36(14):1281-1286.

[16]冯月梅,孙乔,关纯,王素梅,王朋,胡丹.早期肺康复训练对ICU急性呼吸窘迫综合征有创机械通气患者脱机后预后的影响研究[J].中华危重病急救医学,2024,36(3):286-292.

[17]何彬,杨郑,莫蓓蓉,何桂兰.护士主导肺康复管理方案在呼吸机依赖患者中的应用研究[J].中华护理杂志,2023,58(15):1802-1808.

[18]岳鹏,刘礼新,蔺瑞江,马敏杰.主动循环呼吸训练联合肺功能康复训练对肺癌术后患者肺功能的影响[J].深圳中西医结合杂志,2024,34(2):104-107.

[19]张莉.癌末患者临终关怀服务的个案管理研究[D].山西医科大学,2019.

[20]应丽,朱云霞,沈平群,叶彩仙.胸部恶性肿瘤放疗患者与护士支持性照顾需求的比较研究[J].重庆医学,2020,49(13):2239-2244.

作者简介:杨航(1988—),男,广东肇庆,护师,本科,护士,研究方向为重症护理,CRRT。通讯作者:周琳莉(1986—),女,广东茂名,主管护师,本科,研究方向,心灵疗护,视光护理。