## 第一节 咽科疾病手术护理常规

咽科手术包括腺样体刮除术、鼻咽纤维血管瘤摘除术、扁桃体切除术、各种鼾症的手术等。常规护理如下：

**【术前护理】**

**1.心理护理**

向患者介绍手术的目的和意义，说明术中可能出现的情况，如何配合，术后的注意事项，使患者有充分的思想准备，减轻顾虑。

**2.局部准备**

（1）术前做好口腔护理：可用漱口液漱口，防止口腔感染，影响术后伤口愈合。

（2）术前禁食禁水6小时以上。

（3）咽喉部或口腔有炎症者，应先控制炎症，再行手术。

**3.一般准备**

（1）术前检查各项检验报告是否齐全，检验结果是否正常，了解患者是否有糖尿病、高血压、心脏病或其他全身疾病，有无手术禁忌证，及时与主管医生沟通，以保证手术安全。

（2）各项必要的专科和辅助检查要齐全，包括上气道MIR，鼻咽部侧位片等。

（3）根据患者的病情需要完成药物皮肤敏感试验。

（4）预计术中可能输血者，应做好定血型和交叉配血试验。

（5）术前一日沐浴、剪指（趾）甲，做好患者个人卫生工作。

（6）术前晩可根据医嘱服镇静剂，以便安静休息。

（7）术晨更衣，病服贴身穿。取下所有贵重物品和首饰交与家属保管。活动性义齿要取下。不涂口红和指（趾）甲油。不戴角膜接触镜。

（8）按医嘱予术前用药，并做好宣教工作。

（9）局麻患者术晨可进少量干食。全麻者术前至少禁食禁水6小时。

（10）术前有上呼吸道感染者，女患者月经来潮，暂缓手术。

（11）术前禁烟酒及刺激性食物。

**【术后护理】**

1.全麻患者按全麻护理常规至清醒，监测生命体征至平稳。

2.咽部手术患者清醒高枕wo，以利口中分泌物流出，防止渗血咽下，清醒后予半卧位或高枕卧位。

3.观察切口渗血情况，嘱患者将口中分泌物吐出，以便观察有无出血情况。

4.观察呼吸情况，有无剧烈咳嗽或呼吸困难。嘱患者及时将咽喉部分泌物排出，必要时应予经鼻或经口吸出，保持呼吸道通畅。

5.局麻或表麻手术患者，术后2小时可进冷流质，全麻患者清醒后4小时开始进冷流质。防止食物温度过高引起局部充血。

6.疼痛护理评估患者术后疼痛程度，讲解疼痛原因和持续时间，尽量采用非药物缓解疼痛方法，必要时予以镇痛药。

7.做好口腔护理，保持口腔清洁。根据医嘱使用抗生素，预防切口感染。

8.禁烟酒，避免辛辣刺激性食物。

## 第二节 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征护理常规

**【定义】**

**阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征**（obstructivesleepapnea~hypopneasyndrome，OSAHS）是指睡眠时上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和通气不足，伴有打鼾、睡眠结构紊乱，频繁发生血氧饱和度下降以及白天嗜睡等症状。是最常见、危害严重的一种睡眠呼吸低通气综合征。OSAHS可发生于任何年龄，但以中年肥胖男性发病率最高。

【**护理评估】**

**1.术前护理评估**

评估患者是否有鼻腔与鼻咽部狭窄，口咽部狭窄，喉咽和喉腔狭窄，上鞋颌骨发育不良和畸形，是否有上气道扩张肌肌力异常及呼吸中枢调节异常，及肥胖、甲状腺功能纸下、糖尿病等致病因素。了解患者夜间打鼾的程度、憋醒的频率和时间以及家族中有无肥胖、鼾症患者。

**2.症状**

（1）睡眠打鼾：随年龄和体重的增加可逐渐加重，呈间歇性，是患者就疹的主要原因。

（2）呼吸暂停：即睡眠时憋气，频繁发作，每次持续数十秒，严重者会憋醒。早期憋气常发生于仰卧位，侧卧时减轻或消失。打鼾与呼吸暂停交替出现。

（3）白天嗜睡：由于夜间睡眠质量不高，患者白天常出现晨起头痛、乏力、过度瞌睡、记忆力减退、注意力不集中、工作效率低、性格乖戾和行为怪异等情况。

（4）心血管症状：患者憋醒后常感心慌、胸闷或心前区不适。病程较长的患者可并发高血压、心律失常、心绞痛与心肺功能衰竭等。

（5）其他症状：口干，头痛，血压升高，夜间不能安静入睡，常有躁动、多梦、遗尿、阳痿等。儿童患者还可出现胸廓发育畸形、生长发育差等。

**3.体征**

（1）一般征象：患者多较肥胖，颈短、颈围大。部分患者可有颌面部、胸廓发育畸形现象。

（2）上气道征象：口咽腔狭窄、扁桃体肥大、软腭组织肥厚、悬雍垂过长肥厚等。部分患者还可有鼻中隔偏曲、鼻息肉、腺样体肥大、舌扁桃体肥大及舌根肥厚等引起上气道狭窄的相关病变。

**4.辅助检查**

（1）内镜检查如鼻内镜、纤维鼻咽镜、喉镜等，有助于明确病因、部位及性质。

（2）多导睡眠监测应用多导睡眠描记仪（polysomnographyinstrument，PSG）对患者进行整夜连续的睡眠观察和监测，是诊断OSAHS的金标准。OSAHS具体是指成人于7小时的夜间睡眠时间内，至少有30次呼吸暂停每次呼吸暂停时间至少10秒以上；睡眠过程中呼吸气流强度较基础水平降低50%以上，并伴动脉血氧饱和度下降≥4%；或呼吸暂停低通气指数（即平均每小时睡眠中呼吸暂停和低通气的次数）>5。

（3）影像学检查可作头颅X线、CT扫描或MRI等检查，对查明病因、判断阻塞部位具有一定意义。

（4）声学监测用声级计和频谱仪测量鼾声，用于比较治疗效果。

**5.心理社会支持情况**

OSAHS起病初期往往被忽略，直到引起严重并发症才引起重视。频发呼吸暂停、缺乏相关知识及对预后的担心常使患者及家属感到焦虑和担心。患者因性格改变、行为怪异等易导致人际关系紧张。因此，应重点评估患者睡眠情况、性格特征、情绪状况、社交水平及对疾病的认知程度等。

**5.术后护理评估**

（1）了解术中情况：麻醉和手术方式、术中出血、补液、输血情况。

（2）术后生命体征的变化、口鼻分泌物等。

（3）并发症发生的情况：有无出血等并发症的发生。

**【护理措施】**

**1.心理护理**

鼓励患者表达自己的感受，并给予安慰与疏导。详细讲解本病基础知识，治疗的目的、方法及疗效等，消除其紧张恐惧心理及对预后的担心。

**2.一般护理**

（1）密切观察患者的生命体征，特别是凌晨4~6时呼吸、血压的变化，因这段时间内最容易发生繁呼吸暂停或猝死。必要时准备好抢救用物，如吸引器、气管切开包或气管插管用物等以备急用。

（2）指导患者采取半坐卧位或侧卧位睡眠，以防止软腭及舌根塌陷导致呼吸道阻塞，睡前不用安眠药，睡前3~4小时内不饮含酒精的饮料。避免擅自应用镇静催眠等中枢神经系统抑制药，以免直接导致睡眠室息的发生。

**3.非手术治疗**

（1）**无创气道正压通气治疗患者的护理** 初次通气治疗上机前向患者解释目的和方法，消除患者顾虑及紧张情绪。训练患者呼吸，使其很快与呼吸机同步。根据病情及患者的耐受选择鼻罩或面罩，对轻症呼吸阻塞患者应首选鼻罩通气，无效时换用面罩，重症呼吸衰竭时应首选面罩。患者治疗时可取半卧位、坐位，但要使头、颈、肩在同一平面上，头略向后仰，保持气道通畅。四头带或软帽固定带的松紧度以无明显漏气的最小张力为宜，注意防止鼻梁、鼻翼两侧皮肤受损及因头发的滑动影响头带的固定。加强呼吸道湿化和雾化，指导患者进行有效咳嗽、排痰，协助翻身、拍背，在病情允许的情况下鼓励多饮水。如患者无力咳嗽或出现意识障碍不能自行排痰，应卸除面罩吸痰，必要时行气管插管。治疗过程中应严密观察动脉血气分析、SaO2、血压、心率、呼吸频率、幅度、呼吸肌运动情况及患者精神状态、意识和主观感觉。注意保持呼吸机处于正常工作状态。

**（2）使用口腔矫治器患者的护理** 适合单纯鼾症暖或轻中度OSAHS患者，特别适合下颌后缩者，睡前可用舌保护器置于口中，使舌保持轻度前置位，增加喉腔前后距离，从而减轻上呼吸道阻塞症状。

**4.手术治疗**

手术治疗是目前治疗本病的重要手段之一，最常用的术式有腭咽成形术，如有鼻腔阻塞，可行鼻中隔偏曲矫正术，下鼻甲减容术，腺样体切除术等。

**【术前护理】**

（1）按耳鼻咽喉疾病手术前护理常规执行。

（2）尽量安排患者住单人病房，调整睡眠姿势，采用舌保护器，以免鼾声影响其他患者休息。

（3）督促患者减肥、戒酒以减轻症状，术前常规漱口，保持口腔清洁，增加手术的安全性。

（4）定时测量血压，密切观察呼吸暂停情况，尤其要加强凌晨时巡视。如发现患者憋气时间过长，应将其唤醒。

**【术后护理】**

（1）按耳鼻咽喉科疾病术后护理常规及全麻后护理常规。监测生命体征至平稳。

（2）麻醉清醒4~6小时后取坐位或半坐位进食，因少数患者术后数日内由于暂时性软腭功能障碍，在进食过程中易发生食物自鼻腔呛出。

（3）咽痛明显、吞咽困难者，可予雾化吸入。术后1~3天内给予凉流质饮食，3天后温凉半流质饮食。

（4）床边备好吸引器，嘱患者及时将咽部分泌物或血液吐至口边吸出，避免咔痰动作。

（5）密切观察术后创口渗血情况，对高血压患者应注意控制血压，发现创口渗血采取适当的止血措施。

（6）出血术后24小时内发生者为原发性，最常见的原因为术中止血不彻底、遗有残体或肾上腺素的后作用所致，其次为术后咽部活动过甚，如咳嗽、吞咽等。继发性出血常发生于术后5~6天，此时白膜开始脱落，若进食不慎擦伤创面可致出血。发生出血时，应协助医生查明出血原因，配合医生止血，准备吸引器、扁桃体止血包等，遵医嘱使用止血药物，监测生命体征并记录，做好心理护理。如无法止血，做好再次送手术室的准备。

（7）伤口感染手术后3天体温突然升高或术后体温一直持续在38.5℃以上；术后腭弓肿胀，创面不生长白膜，或白膜生长不均匀；患者咽痛加剧；下颌下淋巴结肿大疼痛。应及时就医，遵医嘱使用抗生素治疗。

**【健康指导】**

1.由于术中切除部分软腭及悬雍垂，术后有可能出现饮食误呛、鼻腔反流现象，一般会在2周内消失。

2.术后2~4周内切勿进坚硬、粗糙以及酸、辣刺激性食物，防止切口出血；注意口腔卫生，进食后漱口，预防切口感染。

3.告知患者术后一般1~2个月效果才比较显著，6~12个月疗效才稳定。嘱患者定期随访并监测心脏功能、血压等，防止并发症的发生。

4.对患者进行行为干预，指导患者控制饮食、定期锻炼、戒除烟酒、减轻体重。

5.避免应用镇静药物、调整睡眠体位。

6.告诫患者不宜从事驾驶、高空作业等有潜在危险的工作，以免发生意外。

## 第三节 慢性扁桃体炎护理常规

**【定义】**

**慢性扁桃体炎**（chronic tonsillitis）是扁桃体的持续性感染性炎症，多为急性扁桃体炎反复发作或因腭扁桃体隐窝引流不畅，隐窝内细菌、病毒滋生感染而演变为慢性炎症，是咽部常见疾病之一，以大龄儿童及青年多见。隐窝内积 存的细菌分泌的毒素可经扁桃体周围血管网播散至全身，而使扁桃体成为全身性疾病（如风湿热、肾炎等的感染病灶）。急性传染病（如猩红热、麻疹、流行性感冒、白喉等）可引起慢性扁桃体炎，鼻窦炎也可伴发本病。慢性扁桃体炎在某些诱发因素如受凉或潮湿等作用下，可出现各种并发症，如风湿性关节炎、风湿热、心肌炎、肾炎、长期低热等，因此常被视为全身其他部位感染的“病灶”之一，称为“病灶扁桃体”。

**【护理评估】**

**1.术前护理评估**

（1）评估患者发病前有无急性扁桃体炎、上呼吸道炎症反复发作史以及风湿热、急性肾炎等全身性疾病。

（2）症状：

①多因急性扁桃体炎反复发作。

②平时有咽干、发热、异物感、刺激性咳嗽、口臭等轻微症状。

③小儿扁桃体过度肥大可出现睡眠打鼾、呼吸不畅、吞咽或言语共鸣障碍等。

④当隐窝脓栓被咽下，或隐窝内细菌、毒素等被吸收，可导致消化不良、头痛、发力、

低热等全身症状。

（3）体征：

①扁桃体和腭舌弓呈暗红色慢性充血。

②儿童、青年扁桃体可增生肥大，成人多可己缩小。

③扁桃体表面瘢痕形成，凹凸不平，常与周围组织粘连。隐窝口常有碎屑或脓性物质，挤压腭舌弓时，隐窝口可见黄白色干酪样点状物溢出。

④临床上为了记录方便，可将扁桃体的外形大小分为Ⅲ度：I度，扁桃体仅局限于扁桃体窝内；Ⅱ度，扁桃体超越出腭舌弓；Ⅲ度，扁桃体接近中线、两侧扁桃体几乎相接触。扁桃体的大小不能作为炎症的指征，因为儿童有生理性肥大，成人则多萎缩。

⑤下颌角下常可触及增大的淋巴结。

（4）并发症：

慢性扁桃体炎作为病灶，可引起邻近器官的感染，如鼻窦炎，中耳炎，喉、气管、支气管炎等，也可诱发机体产生变态反应，出现如风湿热、心肌炎、肾炎、关节炎、长期低热等全身并发症。

（5）辅助检查

抗链球菌溶血素“O”效价增高，红细胞沉降率加快，血清中黏蛋白异常增高，心电图检查可协助全身并发症的诊断。

（6）心理社会支持情况

慢性扁桃体炎平时症状不典型，患者多不易引起重视。但若有并发症发生或手术治疗时，患者往往表现出紧张或恐惧等。因此，护士应评估患者及家属对疾病的认知程度及心理状况，了解患者的饮食习惯，生活和工作环境等。

**2.术后护理评估**

（1）了解术中情况：麻醉和手术方式、术中出血、补液、输血情况。

（2）术后生命体征的变化、口鼻分泌物等。

（3）并发症发生的情况：有无出血等并发症的发生。

**【护理措施】**

**1.术前护理**

（1）按耳鼻咽喉科疾病术前护理常规。

（2）向患者解释手术目的及注意事项，以减轻患者紧张心理，争取配合。主动关心患者，听取患者主诉，为患者创建舒适的休息环境，减轻患者焦虑。

（3）详细询问病史及体格检查，特别注意有无出血性疾病、过敏性疾病及近期急性发作史。测血压、心肺功能、血尿常规、血小板计数及出凝血时间等。

（4）按全麻手术准备，术前禁食禁水至少6小时。

**2.术后护理**

（1）按耳鼻咽喉科疾病术后护理常规及全麻术后护理常规。监测生命体征至平稳。

（2）体位：儿童患者取侧卧位，口侧放弯盘一只，盛口内渗出物。

（3）饮食护理：全麻清醒后且无出血者4小时后，可进冷流质饮食。术后护理3天后改温凉半流质，半月后全部脱膜后恢复普食。避免吃硬食和油炸食物，以免损伤伤口。

（4）术后可通过颈部冷敷止血、镇痛。

（5）注意出血情况：术后嘱患者随时将口内分泌物吐出，勿咽下。告知患者唾液中混有少量血丝属正常现象。但持续口吐鲜血或全麻儿童有频繁的吞咽动作，应及时报告医生并予以止血。

（6）防止出血：嘱患者卧床休息，全麻未苏醒者取侧俯卧位，头偏向一侧。全麻清醒后及局麻者取半卧位；手术当天尽量少说话避免咳嗽，轻轻吐出口腔分泌物，不要咽下；密切观察生命体征神志、面色及口中分泌物的色、质、量，注意全麻未苏醒者有无频繁吞咽动作，如有活动性出血应立即报告医生并协助止血；勿食辛辣、生硬和过热食物，漱口时冲洗力度不可过大，以免损伤创面引起出血。

（7）减轻疼痛：解释创面疼痛为术后正常现象，指导患者听音乐、看电视等分散注意力以减轻疼痛，也可行颈部冰敷、针刺或穴位按摩，必要时遵医嘱给予镇痛剂或协助医生做下颌角封闭以镇痛。

（8）局部清洁：术后第1天开始用含漱液漱口，特别在进食后。

（9）预防感染：术后次日开始漱口，注意保持口腔清洁。向患者解释术后次日创面会形成一层具有保护作用的白膜，勿用力擦拭，以免出血和感染。

（10）遵医嘱给予抗生素和止血药。

（11）观察创面白膜的形成。术后6小时在扁桃体窝内有白膜形成，24小时内白膜完全覆盖创面，术后10天内逐渐脱落。如若伤口感染，白膜形成可不完整或为污垢色，有口臭，亦提示伤口感染。

（12）并发症护理

1）出血 术后24小时内发生者为原发性，最常见的原因为术中止血不彻底、遗有残体或肾上腺素的后作用所致，其次为术后咽部活动过甚，如咳嗽、吞咽等。继发性出血常发生于术后 5~6天，此时白膜开始脱落，若进食不慎擦伤创面可致出血。发生出血时，应协助医生查明出血原因，配合医生止血，准备吸引器、扁桃体止血包等，遵医嘱使用止血药物，监测生命体征并记录，做好心理护理。如无法止血，做好再次送手术室的准备。

2）伤口感染 手术后3天体温突然升高或术后体温一直持续在38.5℃以上；术后腭弓肿胀，创面不生长白膜，或白膜生长不均匀；患者咽痛加剧；下颌下淋巴结肿大疼痛。应及时使用抗生素治疗。

3）肺部并发症 手术中如有过多的血液或异物被吸入下呼吸道，经X线检查证实有肺部病变时，可行支气管镜检查，吸除血液及异物，同时选用足量抗生素治疗。

3. 心理护理 向患者解释本病的发生、发展及转归，消除患者的恐惧、焦虑心理，积极配合治疗。指导患者按医嘱正确用药，并注意观察药物的疗效及副作用。

向患者解释本病的发生、发展及转归，消除患者的恐惧、焦虑心理，积极配合治疗。指导患者按医嘱正确用药，并注意观察药物的疗效及副作用。

**【健康指导】**

1.术后2周内避免进食硬的、粗糙食物，应进营养丰富的清淡软食。进食前后应漱口，保持口腔清洁。

2.若出现体温升高、咽部疼痛、口中有血性分泌物吐出等症状，及时就诊。

3.注意休息和适当的锻炼，劳逸结合，提高机体抵抗力，避免上呼吸道感染等。

## 第四节 腺样体肥大护理常规

腺样体亦称咽扁桃体，位于鼻咽顶后壁中线，为咽淋巴内环的组成部分。在正常生理情况下，儿童6-7岁时腺样体发育为最大，10岁以后逐渐萎缩，到成人则基本消失。若腺样体增生肥大，且引起相应症状者，称腺样体增殖（adenoid vegetation）或腺样体肥大（adenoid hypertrophy），为一病理现象。本病多发生在3~5岁儿童，且常合并有慢性扁桃体炎，与分泌性中耳炎关系密切，成年人罕见。

**【护理评估】**

**1.术前护理评估**

（1）患者的年龄、性别、职业、婚姻状况、营养状况等，尤其注意与现患疾病相关的病史和药物应用情况及过敏史、手术史、家族史、遗传病史和女性患者生育史等。

（2）局部症状：腺样体肥大可引起耳、鼻、咽、喉等处症状。

①耳部症状：咽鼓管咽口受阻，将并发分泌性中耳炎，导致听力减退和耳鸣，有时可引起化脓性中耳炎。

②鼻部症状：腺样体肥大及局部积聚的分泌物可阻塞后鼻孔，影响鼻通气及鼻分泌物排出。患者出现鼻炎、鼻窦炎，有鼻塞及流鼻涕等症状。说话时呈闭塞性鼻音，睡眠时发出鼾声、张口呼吸。严重者可引起阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。

③咽、喉及下呼吸道症状：分泌物刺激呼吸道黏膜，常引起阵咳，易并发气管炎。

④长期张口呼吸，可影响面骨发育，出现上颌骨变长、腭骨高拱、牙列不齐、上切牙突出、唇厚、缺乏表情，出现所谓“腺样体面容”（adenoidface）。

（3）全身症状：患儿常突发高热，体温高达40℃。主要为慢性中毒及反射性神经症状。表现为营养发育不良、反应迟钝、注意力不集中、夜惊、磨牙、遗尿等症状。

（4）体征

①视诊有典型的“腺样体面容”，口咽部常见黏脓液从鼻咽部流下。

1. 触诊可触知鼻咽顶后壁处有软组织团块，质地柔软。

（5）辅助检查

①间接喉镜和电子纤维鼻咽镜检查可见鼻咽顶后壁分叶状淋巴组织，可有5~6条深纵槽，槽中有时可见脓液或碎屑，若腺样体肥大，可将鼻咽部全部占满并阻塞后鼻孔。

②鼻咽X线侧位片及CT能显示鼻咽顶软组织增厚及鼻咽气道阻塞程度。

（6）心理社会支持情况

腺样体肥大常引起耳、鼻、咽喉及下呼吸道感染等症状以及面部发育异常，患儿及家属往往表现出紧张、焦虑等心理。因此，应了解患儿的生活环境，评估患儿的年龄、情绪和性格特点，患儿及家长对疾病的认知程度，以及疾病对患儿生活和学习的影响等。

**2.术后护理评估**

（1）了解术中情况：麻醉和手术方式、术中出血、补液等情况。

（2）术后生命体征的变化、口鼻分泌物等。

（3）并发症发生的情况：有无出血等并发症的发生。

**【护理措施】**

**1.术前护理**

（1）按耳鼻咽喉科疾病术前护理常规。

（2）全面评估患者：包括健康史及其相关因素、身体状况、生命体征，以及神志、精神状态、行动能力等。

（3）心理护理：对患者给予同情、理解、关心、帮助，告诉患者不良的心理状态会降低机体的抵抗力，不利于疾病的康复。解除患者的紧张情绪、更好地配合治疗和护理。

（4）术前按全麻常规护理禁食、禁水。

（5）遵医嘱做好术前皮试等常规准备。

**2.术后护理**

（1）按耳鼻咽喉科疾病术后护理常规及全麻后护理常规。

（2）体位：儿童患者取侧卧位，成人可平卧，口侧放弯盘一只，盛口内或鼻腔渗出液。

（3）注意监测生命体征的变化，尤其呼吸情况。

（4）注意观察鼻腔渗血情况，痰中及唾液中出血情况，并观其吞咽动作，如吞咽动作频繁并脉搏变快，即有伤口出血可能，应及时检查处理。

（5）饮食护理：麻醉清醒后4小时，无出血者进食温凉流质，术后第一天可开始进食温凉半流食。水果及果汁因含果酸，刺激伤口可能引起疼痛和影响伤口愈合，少吃或不吃为宜。

（6）加强口腔护理，术后第二天发漱口水，做过腺样体刮出者需1%呋嘛滴鼻剂（鼻灵）滴鼻，若伤口情况良好，第三天可鼓励讲话，多进食，促进口腔自净功能和避免日后伤口疤痕挛缩。

（7）注意保暖，防止感冒、咳嗽引起伤口感染，以致继发出血。

（8）注意体温变化，一般术后1~2天内体温可在38℃左右，如体温明显增高，及时处理。

（9）观察局部创口情况，一般术后4~6小时创口开始生长白膜，10天后开始脱落，如果白膜呈灰污色，口臭重，提示伤口有感染，应报告医生及时处理。

（10）遵医嘱给予抗生素静脉输液治疗，预防感染。疼痛明显可根据医嘱给予止痛剂。

（11）并发症护理

出血：术后24小时内发生者为原发性，最常见的原因为术中止血不彻底、遗有残体或肾上腺素的后作用所致，其次为术后咽部活动过甚，如咳嗽、吞咽等。继发性出血常发生于术后5~6天，此时白膜开始脱落，若进食不慎擦伤创面可致出血。发生出血时，应协助医生查明出血原因，配合医生止血，准备吸引器、扁桃体止血包，膨胀海绵等，遵医嘱使用止血药物，监测生命体征并记录，做好心理护理。如无法止血，做好再次送手术室的准备。

**【健康指导】**

1.可进清淡易消化食物，高热量、高维生素、高蛋白质饮食，切勿暴饮暴食，避免辛辣、刺激性食物。

2.加强体育锻炼，增强体质，避免上呼吸道感染，以免导致咳嗽。

3.3个月内勿剧烈运动或过度兴奋大笑，防止伤口出血。

4.定期门诊复查，有伤口出血、呼吸困难等情况随时就诊。

5.注意口腔卫生，保持口腔清洁，可用温的淡盐水漱口。

6.保持室内温度，相对湿度适宜。

7.注意保暖，预防感冒。

## 第五节 鼻咽癌护理常规

**鼻咽癌**（carcinomaofnasopharynx）是我国常见恶性肿瘤之一，居耳鼻咽喉恶性肿瘤之首，好发于我国南方。流行病学调查资料显示，我国鼻咽癌的发病率居世界首位，其中以广东、广西、湖南、福建、江西等省发病率最高，男性发病率为女性的2~3倍，40~50岁为高发年龄段。鼻咽癌恶性程度较高，早期即可出现颈部淋巴结转移。

**【护理评估】**

1.了解患者发病前的健康状况，重点评估患者发病的危险因素，如有无EB病毒感染史，是否经常食用腌制、腊味等亚硝酸盐含量高的食品，是否经常接触污染空气及饮用水情况，有无家族史等。

**2.症状体征**

由于鼻咽部解剖位置隐蔽，故鼻咽癌早期症状不典型。

（1）鼻部症状早期有易出血倾向，常出现晨起回缩涕血，或擤出血性涕，但量少且会自行停止，故容易被忽视。晚期则出血量较多。肿瘤可阻塞后鼻孔，出现鼻塞。始为单侧，继而发展为双侧。

（2）耳部症状好发于咽隐窝者，肿瘤阻塞或压迫咽鼓管咽口，可引起耳鸣、耳闷塞感及听力减退或伴有鼓室积液，临床上易误诊为分泌性中耳炎。

（3）颈部淋巴结肿大颈淋巴结转移者较常见，以颈部淋巴结肿大为首发症状者占60%。转移肿大的淋巴结为颈深部上群淋巴结，呈进行性增大，质硬不活动，无压痛，始为单侧，继而发展为双侧。

（4）脑神经症状肿瘤经患侧咽隐窝的破裂孔侵入颅内。侵犯第Ⅱ~Ⅵ脑神经可产生头痛、面部麻木、复视、眼球外展、上睑下垂等脑神经受累症状；瘤体直接侵犯或由转移淋巴结压迫，可导致Ⅸ~Ⅻ脑神经受损，引起软腭麻痹、反呛、声嘶、伸舌偏斜等症状。

（5）远处转移症状晚期鼻咽癌可发生肺、肝、骨等远处器官转移，出现相应症状。

**3.辅助检查**

（1）间接鼻咽镜、纤维/电子鼻咽喉镜检查肿瘤常位于咽隐窝或鼻咽顶前壁，呈菜花状、结节状或溃疡状，易出血。早期病变不典型，仅表现为黏膜充血、血管怒张或一侧咽隐窝较饱满。

（2）影像学检查CT和MRI鼻咽颅底扫描检查，可了解肿瘤侵犯的范围及颅底骨质破坏的程度。

（3）EB病毒血清学检查可以作为鼻咽癌辅助诊断指标。其中，病毒壳抗原~免疫球蛋白A（EBVCA~IgA）抗体测定常用于鼻咽癌诊断、普查和随访。

（4）病理学检查为确诊鼻咽癌的依据。应尽可能做鼻咽部原发灶的活检，一次活检阴性不能否定鼻咽癌的存在，部分病例需多次活检才能明确诊断。

（5）心理社会支持情况

鼻咽癌早期症状不典型，漏诊、误诊率高，常需反复多次活检，给患者造成极大的心理压力。当出现颈淋巴结肿大等典型症状时，疾病已达到晚期，患者往往感到痛苦和绝望。因此，应注意评估患者的文化层次、对疾病的认知程度、情绪状况、压力应对方式和家庭支持情况等。

**【护理措施】**

**1.鼻出血护理**

（1）鼻腔大量出血者应给予止血剂或施行鼻腔填塞、血管结扎等措施。

（2）按医嘱补液，并做好血型鉴定，随时准备输血。

**2.慢性头痛的护理**

（1）评估慢性头痛程度。

（2）头痛严重者遵医嘱及时给予镇静剂或镇痛剂，以减轻患者痛苦。

（3）观察放疗或化疗的不良反应并及时对症处理，帮助患者尽可能完成正规疗程，多数患者经治疗后头痛能够明显减轻或消失。

**3.心理护理**

（1）评估恐惧心理程度，鼓励患者说出恐惧的原因及心理感受，并采取疏导措施。

（2）向患者讲解病情及目前的治疗进展，或让成功病例现身说法，争取得到家属亲友关心、支持。

（3）鼓励应用合适的方法转移情感，分散紧张恐惧心理，如音乐、放松疗法等。

**4.放疗护理**

（1）饮食护理：加强营养，以高蛋白、高维生素、低脂肪及含碳水化合物丰富的易消化的食物为主；多饮水，每天水分摄入≥2500ml；少食多餐，切忌酸、辣、过热、冰冻、粗糙、多刺等可能刺激口腔黏膜创面的食物。

（2）皮肤护理

①保持照射野皮肤的清洁干燥；保护照射野标记的清晰，不能私自涂改。

②照射野皮肤忌用冷热刺激，忌用碘酒、胶布、肥皂、酸性或碱性物质，避免阳光照射。

③选择宽松柔软的棉质衣物，减少对照射野皮肤的摩擦。

（3）口腔护理

①保持口腔清洁卫生，餐前、餐后要用生理盐水含漱数次，注意刷牙用柔软毛刷。

②有口腔黏膜反应者选用3%~5%的碳酸氢钠溶液及含庆大霉素和地塞米松的溶液漱口。

1. 做好氧气雾化吸入护理。

④口腔黏膜反应：表现严重疼痛时，可用含有局麻药的漱口水漱口。

（4）功能锻炼：指导患者每天进行张口锻炼，因放射治疗容易引起颞颌关节的损伤，从而导致张口困难。

（5）心理护理：向患者讲解放疗的意义，可能出现的并发症及其原因，如口腔黏膜急性反应及张口受限等。让患者理解坚持有效地预防和治疗对减少并发症是非常有意义的，以消除患者的恐惧感，树立战胜疾病的信心。

**【健康指导】**

1.普及健康知识，少食咸鱼腊肉等腌制品，如出现颈部肿块、剧烈头痛、回缩涕血、耳鸣耳聋等症状时应及早就医。

2.对有家族遗传史者，应定期进行有关鼻咽癌的筛查，如免疫学检查、鼻咽部检查等。

3.放疗过程中，注意骨髓抑制消化道反应、皮肤反应、唾液腺萎缩、放疗性肺炎等并发症。经常检查血常规，防止感染，注意口腔卫生，适当中药调理。

4.进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，多喝水，多吃水果，以改善营养状态，增强机体免疫功能和抵抗力。

5.定期复查，根据不同病期情况制定相应随访计划。

**第六节 咽旁脓肿的护理常规**

**【定义】**

**咽旁脓肿**（parapharyngealabscess)系咽旁间隙化脓性炎症所形成的脓肿。早期为蜂窝织炎，发展而成脓肿。致病菌常为溶血性链球菌，金葡菌，肺炎双球菌。

【**护理评估】**

**1.病史**

咽痛及颈深部疼痛，吞咽，张口及头部活动时加剧。可伴反射性耳痛，侵及翼内肌，可出现牙关紧闭，张口困难。

**2.症状**

（1）弛张型高热、寒战、出汗、头痛及食欲不振等；病情严重时，呈衰竭状态。

（2）患侧咽部及颈部剧烈疼痛，影响吞咽和说话,出现吞咽障碍，言语不清。

（3）颈部僵直、肿胀、压痛，波动感可不明显。

（4）茎突前间隙脓肿，因累及翼内肌，有牙关紧闭、张口困难。咽侧和扁桃体向中线突出。

（5）茎突后间隙感染，可见同侧咽后壁隆起，咽腭弓充血，下颌角处肿起，但扁桃体不被推移。

（6）可导致咽后脓肿、喉水肿、纵隔脓肿及颈动脉鞘感染。

（7）胸锁乳突肌受侵犯可出现歪颈。

**3.体征**

患侧下颌下区肿胀，局部坚硬，触痛明显，咽部检查可见咽侧壁隆起，软腭及腭弓充血水肿，扁桃体被推向咽腔中央，如为后隙感染，不引起牙关紧闭，扁桃体不被推移。

**4.辅助检查**

（1）实验室检查 ：血常规可见白细胞总数上升，中性粒细胞比例增高。

（2）X线摄片或CT扫描：可见咽旁隙的软组织影，成脓后可见脓腔存在，异物造成者可显示异物存留。

**【护理措施】**

1.密切观察生命体征变化：体温过高时，进行降温处理，如头部湿敷、温水浴、酒精擦浴等。严密观察局部及全身症状，作好护理记录。警惕并发症的发生，如海绵窦血栓性静脉炎、败血症、脓胸、休克、多脏器功能衰竭、死亡等、

2.遵医嘱与抗炎，消肿，补液治疗，床边备气管切开包

3.注意休息：为病人提供安静舒适的休息环境。急性期感染严重者卧床休息，注意静养，尽量少说话，减少活动，避免不良刺激。

4.心理支持：耐心向病人解释病情及治疗计划，减轻紧张情绪；鼓励病人说出心理感受，消除焦虑感。

5.营养支持:给予高热量、高蛋白、高维生素的流质或半流质饮食，吞咽困难者采用鼻饲。

6.术后引流管的护理：保持伤口引流管通畅，应妥善固定，防止扭曲受压，并定期检查引流管是否受压，折叠、扭曲。严密观察引流液的颜色、性质及量并认真记录。当发现有大量新鲜血，应立即报告医生，检查创面是否有活动性出现，并做相应处理。若出现引流不畅可能为坏死组织、血凝块及脓性分泌物堵塞管腔。引流瓶每天更换，更换前阻断压力，夹闭近段引流管，并严格执行无菌操作。

**【健康指导】**

1.养成良好的生活习惯，劳逸结合，注意休息，保证充足睡眠，提供机体免疫力。

2.清淡饮食，多吃蔬菜水果，避免辛辣刺激及坚硬的食物。

3.保持创面清洁干燥。