

术前、术中及术后综合评分与常规护理组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)，护理总体质量评分差异有统计学意义($P <$

表 1 不同护理模式护理质量评分($\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理人员形象与职业素养	术前护理综合评分	术中护理综合评分	术后护理综合评分	护理总体质量评分
常规护理	65	4.6 ± 0.8	5.2 ± 1.0	5.1 ± 0.9	4.9 ± 0.7	4.95
细节护理	65	8.9 ± 0.7**	9.1 ± 0.9*	8.8 ± 0.9*	9.2 ± 0.6*	9.0**

注：与常规护理组比较，* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ 。

2.2 患者满意度评分 细节护理组患者非常满意、满意、不太满意、不满意评价例数分别为 36、22、5、2，与常规护理组例数 11、26、12、16 相比，非常满意、不太满意及不满意例数差异有统计学意义($P < 0.05$)，总满意度差异有统计学意义($P < 0.01$)，结果见表 2。

表 2 不同护理模式患者满意度情况

组别	n	非常满意	满意	不太满意	不满意	满意度
常规护理	65	11	26	12	16	56.9%
细节护理	65	36**	22	5*	2*	89.2%**

注：与常规护理组比较，* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ 。

3 讨 论

随着现代社会医疗技术及文明的进步，人们对接受医疗服务的理念已经渐渐从单纯的减轻病痛发展到了享受高质量的身体及精神治疗与护理^[1]。因此，提高医疗护理的质量与水平，特别是对患者的细节护理，不仅可以从很大程度上辅助疗效的提高^[2]，而且能从另一个层面上来体现医务工作者的专业技术水平。细节护理在一定程度上可以认为是区别于常规护理的一项新的护理理念，其价值在于提升对患者的护理质量，从患者的核心利益出发，尽可能尊重并满足患者在接受医疗服务过程中提出的合理要求，并主动为患者创造有利于其医治的各项条件，最终以减轻患者的不适状态、提升患者的满足和欣慰感及辅助提高医治疗效为目的^[3]。手术室作为医院进行医疗活动最重要的职能部门之一，其护理质量高低在很大程度上直接决定了医疗服务的成败^[4]，因此探讨影响其护理质量高低

的因素具有重大意义，另一方面，患者对其在就医过程中享受到的医疗护理的满意度在某种程度上也体现了护理质量的高低。本研究对不同护理模式对手术室护理质量及患者满意度的影响进行了探讨，从实验结果可以看到，经两个阶段不同护理模式护理后，细节护理组护理人员形象与职业素养、术前、术中及术后综合评分与常规护理组比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)，护理总体质量评分差异有统计学意义($P < 0.05$)，显示出患者对护理前、中、后各项质量评价具有较高的提升。另外，细节护理总满意度 89.2% 与常规护理 56.9% 相比较差异有统计学意义($P < 0.01$)，其中细节护理结果也显示出了患者对护理满意度评价的升高，以及不满意度评价的降低。综上所述，细节护理在很大程度上提高了手术室护理质量及患者的满意度，其临床应用值得进一步推广。

参考文献

[1] 王志芳, 李菲, 张静. 现代护理学发展历程概述[J]. 护理学与医疗发展, 2010, 12(23): 178-181.

[2] 唐永霞, 王丹, 李明月. 细节护理对疾病疗效的影响研究进展[J]. 山西现代护理学会会报, 2009, 2(10): 220-221.

[3] 李霞, 张晶. 细节护理在护理学发展过程中的地位与作用[J]. 宁夏医药学导刊, 2011, 23(33): 320-321.

[4] 沈咏雪, 曾芳, 刘梅. 护理部门在医院运行与管理中的职能概述[J]. 云南医疗与健康, 2010, 5(11): 231-232.

(收稿日期: 2012-06-07 修回日期: 2012-11-14)

上颌窦穿刺术的技巧和护理

廖小琼(重庆市垫江县人民医院 408300)

【摘要】 目的 探讨上颌窦穿刺的方法和护理。方法 对 567 例慢性化脓性上颌窦炎患者采用让患者头后仰的上颌窦穿刺冲洗术，加强术前心理干预、防范意外的发生和作好充分的术前准备，术中严格操作规程，加强术后病情观察、向患者说明注意事项，减少恐惧心理是防范上颌窦穿刺并发症、保证治疗效果的有效途径。结果 567 例患者顺利完成穿刺治疗，无并发症发生，均未出现不良反应。结论 熟练掌握让患者头后仰的上颌窦穿刺技术和做好术前、术后的护理是上颌窦穿刺成功的重要保证。

【关键词】 上颌窦； 穿刺术； 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.02.061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)02-0238-03

上颌窦穿刺冲洗术是诊断和治疗慢性上颌窦炎的一项基本诊疗手段，常见并发症为晕厥，偶见鼻出血、过敏等并发症，

因为恐惧、怕痛等心理因素，有 5%~10% 的患者拒绝治疗。本科室 2005 年 1 月至 2008 年 5 月行上颌窦穿刺 567 例，无并

发病发生,现将穿刺技巧和护理情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据临床症状及鼻窦内窥镜及计算机断层扫描(CT)或 X 光片检查确诊为慢性化脓性上颌窦炎患者 567 例,其中男 215 例,女 352 例,年龄 7~76 岁,平均年龄 41.5 岁。病程最短 1 个月,最长 10 年。474 例经过 2~4 次穿刺冲洗治疗症状明显减轻,症状严重,经冲洗无效的 93 例给予手术治疗。

1.2 上颌窦穿刺方法与技巧

1.2.1 表面麻醉 上颌窦穿刺冲洗术患者取坐位,用 1% 麻黄素和 1% 丁卡因混合液棉片放入下鼻道穿刺处,距下鼻甲前端 1.0~1.5 cm 处行黏膜表面麻醉 10~15 min,必要时给予二次麻醉。

1.2.2 进针部位和方向 穿刺时在前鼻镜窥视下,穿刺针针尖最好置于下鼻甲前 1.0~1.5 cm 的下鼻甲附着处的鼻腔外侧壁,该处骨质最薄,易于穿透^[1],避免损伤血管和神经。针尖斜面朝向鼻中隔,一手固定患者头部,一手拇指、食指和中指持针,掌心顶住针的尾端,穿刺针固定在穿刺部位及方向准确后,手持穿刺针把持稳固,让患者头稍后仰,稍加用力钻动即可穿过骨壁进入窦内,这种穿刺方法能增加成功率,此时有“落空”感觉。操作时术者最好使用同侧手穿刺,即左手穿刺左侧上颌窦,右手穿刺右侧上颌窦,这样便于掌握进针方向,防止由于穿刺针与下鼻道夹角变化,角度过大,易穿透上颌窦前壁,导致面部皮下出血、肿胀;角度过小,穿刺太向上,用力过猛,穿透上颌窦上壁进入眶内,既增加了患者痛苦,也可能发生并发症。操作中特别注意进针部位和方向正确,用力适中,一旦有“落空”感即停;穿刺针尖勿在黏膜下滑动,以免损伤鼻黏膜或划伤下鼻甲而导致鼻出血;在穿刺过程中注意无菌操作,疑有污染,立即更换。

1.2.3 冲洗 拔出针芯,将注射器连于接头,患者取头低位并偏向健侧,张口徐徐呼吸,手托弯盘。先回抽检查有无空气或脓液,再注入 0.9% 生理盐水,若有脓液自鼻腔流出,可反复冲洗,若遇儿童患者,嘱患儿用口吸气,用鼻呼气,低头并向另一侧倾斜,这样可使上颌窦窦口于较低位置,既便于冲洗出脓液,又不会使盐水流入咽部。如此连续冲洗,直至脓液消失为止,窦内遵医嘱注入抗炎药物如庆大霉素、地塞米松,注药时患者头向同侧倾斜,以防止药液在放入针芯前流出。冲洗完毕,按逆进针方向退出穿刺针。在下鼻道放入 1% 麻黄素棉片压迫穿刺处以止血。窦内抽出的脓液可作细菌及病理学检查并记录脓液性质、量及冲洗结果。

1.2.4 操作注意事项 (1)熟悉鼻腔解剖结构,表面黏膜麻醉要充分,减轻患者的疼痛。(2)熟练掌握上颌窦穿刺的技术要点,操作要轻柔、准确,切忌粗暴,尽量做到一次成功。①注意有无丁卡因过敏反应。②穿刺部位和方向正确,防止穿入面颊软组织或眼眶内。冲洗时应密切观察患者的眼球和面颊部,如患者有眶内胀痛或眼球有被挤压感时停止冲洗;若为儿童,由于儿童的上颌窦发育不完善,年龄越小相对上颌窦位置越高、越深。因此,穿刺时进针方向与成人略有不同,7~12 岁患儿进针方向应向同侧外眦^[2]。在未确定已穿入窦内之前,不要随意灌水冲洗。切忌注入空气,预防发生气栓。注入生理盐水时,如遇阻力,则说明针尖可能不在窦内,或在窦壁黏膜中,此时应调整针尖位置和深度,再试冲。③冲洗过程中,注意观察

洗出液性质、量及有无恶臭,并做好记录。穿刺时注意观察患者的面部表情、面色、出汗情况。询问患者有无头晕、头痛、胸闷、恶心、心悸等。发现上述现象应即刻停止冲洗,拔出穿刺针,让患者平卧,给予相应处理,同时用手指压人中穴,密切观察患者生命体征变化。

2 结果

567 例患者均顺利完成穿刺治疗,未出现不良反应,并无并发症发生。

3 护理技术要求

3.1 术中、术前护理

3.1.1 心理护理 做好术前心理护理是上颌窦穿刺治疗顺利进行和达到预期治疗效果的重要保证之一^[3-4]。因上颌窦所处解剖位置特殊,穿刺冲洗时体位都处于端坐位,面对操作者,穿刺器械一目了然。所以患者易出现恐惧心理,情绪紧张,担心术中疼痛,甚至出现昏针现象。因此,对待患者应和蔼可亲,说明穿刺对于治疗与诊断的重要性和安全性,告知上颌窦穿刺是在表面麻醉下进行,无痛苦,使其消除恐惧感。对于儿童可用激励的语言鼓励患儿,教会其心理放松的技巧,如做深呼吸等,尽可能做到身心放松^[5-6],争取主动配合,完成穿刺冲洗治疗。

3.1.2 穿刺术前的护理 术前应了解的患者身体状况,严格掌握穿刺指征,如血液病、严重的心血管疾病、急性传染病,急性上颌窦炎,未经正规抗炎治疗,老幼体弱者或处于空腹、经期状态的患者要谨慎穿刺。另外还应检查鼻腔有无阻塞性病变,如鼻息肉等,若有应劝其及时清除诱因,以便提高疗效。

3.1.3 穿刺时的心理干预

3.1.3.1 穿刺时根据不同的年龄可采取边操作边交谈的方法,分散患者的注意力;也可以请患者闭上眼睛,缓解紧张、焦虑情绪。穿刺针进入下鼻甲附着处时,若患者无异样感觉,将针尖指向同侧眼外眦方向,让患者头后仰,快速穿入,并告知患者穿刺成功,让患者放松,护士可以用手安抚患者肩部,嘱患者张口呼吸,身体稍向前倾,进行冲洗,可以请家属陪同,减轻患者紧张情绪,让患者有安全感。严格执行操作规程,掌握好操作要点和手法,动作轻、稳、准,确保治疗安全。

3.1.3.2 冲洗开始到术后 10 min 严密观察患者面色、表情,询问患者有无不适感,对首次穿刺、精神高度紧张及有晕厥史的患者更应更加重视。若患者出现头昏、乏力、面色苍白、视物模糊等症状时,立即停止操作,协助患者去枕平卧,注意血压、心率变化,必要时给予 50% 葡萄糖注射液口服或静脉推注,同时安慰患者,使其情绪稳定。

3.2 穿刺后护理 穿刺冲洗完毕,用 1% 麻黄碱棉片压迫穿刺针眼。(1)注意观察有无出血情况,观察患者穿刺后 30 min 鼻腔无出血、渗血后方可离开,切勿用力擤鼻以免引起鼻腔出血并观察有无并发症发生,嘱患者下鼻道棉球 2 h 后才可取出。2 d 内勿用力擤鼻、挖鼻,不游泳,不参加剧烈运动。鼻腔分泌物中带少许血丝属正常现象,如果鼻腔出现较多鲜血,应立即到就近医院行止血处理。(2)加强健康知识宣教,将慢性上颌窦炎的相关知识及上颌窦穿刺冲洗术的目的、方法、注意事项,给患者进行详细讲解,让其对所患的疾病及治疗方法有初步了解,消除紧张情绪及恐惧心理。

4 体会

4.1 消除恐惧心理,取得患者配合。极大部分患儿对上颌窦穿刺有不同程度的恐惧心理,年龄越小越突出。若为儿童,患

儿更怕痛、怕有不良后果,尤其当看见又长又粗的穿刺针时,有的患儿拒绝穿刺。为了取得患儿的配合,要用爱心和耐心去解释,告诉患儿上颌窦穿刺是诊断、治疗上颌窦疾病的主要方法,效果很好。介绍治疗室环境,利用小册子讲解上颌窦穿刺的目的、步骤、配合方法等,减轻患者不安、恐惧心理,让患者从心理上能接受治疗。作者在上颌窦穿刺中也采用了“转移注意”,在成人、儿童的穿刺治疗中取得了一定的效果,有利于取得患者配合,提高穿刺成功率,对儿童作者还采用了用消毒治疗巾蒙住患儿眼睛的方法来减轻其恐惧感,也有报道将成人用穿刺针截短后的改良穿刺针用于儿童穿刺可减轻其恐惧感。

4.2 严格掌握穿刺术的适应证及禁忌证。如空腹或饥饿、劳累疲倦时,机体处于应激阶段,通过迷走神经反射,引起短暂的血管床扩张,外周阻力下降,血压下降,脑血流量减少,容易发生晕针,故患者饥饿、劳累、剧烈运动后及有发热等情况时不宜穿刺,临床中穿刺所致晕厥多见于成人,儿童相对较少,对儿童患者主要是争取取得配合,同时需要操作者熟练掌握穿刺技巧,尽量做到一次穿刺成功,要求准确掌握解剖部位和穿刺技术,穿刺进针时方向准确、用力适中,一旦有落空感立即停止进针,在上颌窦穿刺中作者让患者头后仰,在成人、儿童的穿刺治疗中取得了一定的效果,有利于提高穿刺成功率,在穿刺过程中密切观察患者情况,如头昏、恶心,出现面色苍白、四肢发冷等症状,应立即拔出针头,让患者平卧休息,密切观察并给予适当的处理,待患者情况好转、情绪稳定后视情况再重新穿刺。如患者诉眼内有胀痛或眼球有被挤压的感觉时应停止冲洗;如

发现面颊部肿胀也应停止冲洗。上颌窦穿刺术是耳鼻喉科常用的技术操作之一,虽然操作较简单,但技术性强,稍有不慎,就可引起各种并发症。上颌窦穿刺术是否顺利,除了受患者自身解剖学特点和病理、病程因素影响外,主要还受操作技术、心理因素的影响。综上所述,采取针对性心理干预措施,消除了恐惧心理,使患者心情愉快,积极主动地配合治疗;穿刺时让患者头部后仰是提高上颌窦穿刺冲洗成功率,促进患者康复的基础。

参考文献

[1] 田勇泉.耳鼻咽喉科学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2001:76-77.
 [2] 李年琼.儿童上颌窦穿刺技巧[J].当代护士,2006,5(1):58-59.
 [3] 荣卫平.上颌窦穿刺中的心理护理[J].中华现代临床医学杂志,2003,1(6):565.
 [4] 姜燕.心理护理在手术室工作中的应用[J].宁夏医学院学报,2008,30(1):128-129.
 [5] 何玉梅.上颌窦穿刺冲洗术中预防晕针的护理干预[J].护理学杂志,2006,21(2):34-35.
 [6] 袁夕凤.心理护理在小儿静脉穿刺时的应用[J].实用临床医药杂志:护理版,2008,4(1):89.

(收稿日期:2012-06-11 修回日期:2012-11-13)

纤维支气管镜引导气管插管在困难气道中的应用

王世祥(重庆市南川区人民医院麻醉科 648400)

【摘要】 目的 研究纤维支气管镜引导气管插管在困难气道中的应用。**方法** 选取该院 2009 年 2 月至 2010 年 2 月的 49 例气管插管出现困难的患者,采取静脉快速诱导的方法,通过纤维支气管镜来进行引导,完成气管内插管。**结果** 49 例患者当中,6 例在插管过程中因为咽喉中分泌物比较多而需要暂停插管,在吸除分泌物之后二次插管成功,且成功率都为 100%。在这一组患者中,没有出现心律失常、喉痉挛等症状,有一些患者由于气管导管在置入气管的时候出现一过性心率增快,在麻醉加深之后出现了好转,手术结束后随访没有出现声嘶或者其他并发症。有 43 例一次插管成功,占 87.8%,其完成插管的总时间为 1~4 min。**结论** 纤维支气管镜引导气管插管在困难气道中具有一定的应用价值,在熟练操作和做好充分准备的前提下,该方法值得推广。

【关键词】 纤维支气管镜; 气管插管; 困难气道; 引导

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.02.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)02-0240-02

麻醉中困难气道插管的发生率约为 2%,这种现象既不能通过手术的手段来解决,也容易导致较为严重的呼吸系统事故^[1]。在出现困难气道的时候,如果一定要采用气管插管,那么可以通过食管气管联合的气管插管、喉罩置入或者是光棒引导插管的措施来加以处理。本文对本院 2009 年 2 月至 2010 年 2 月 49 例气管插管出现困难的患者,采取静脉快速诱导的方法,通过纤维支气管镜来进行引导,完成了气管内的插管,治疗效果良好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 49 例全身麻醉患者,男 35 例,女 14 例,年龄 22~74 岁,体质量 42~81 kg,ASA 一级或二级。对所有患者都采取静脉快速诱导的方法。出现气管内插管困难主要原因有:24 例经术前评估,发现可能有插管困难,其中出现的症状

包括喉头过高、颈椎发生病变、张口受限,张口度小于 2 指、强直性脊柱炎颈椎活动受限等;9 例在手术前经过评估,没有插管困难,但是采用全麻诱导气管内插管出现失败;16 例的门齿松动或不全。

1.2 方法 在手术前半个小时肌肉注射 0.1 g 苯巴比妥钠和 0.5 mg 阿托品相配合。当患者进入手术室之后将其静脉开放,并连接上具有多功能的监护仪来对无创血压、心电图以及血氧饱和度(SpO₂)等进行连续监控。在麻醉之前先对气管导管和纤维支气管镜进行选择,采用日本产的 PENTAX 牌纤维支气管镜,其型号为 FI-10BS,在其表面上涂抹少量的液体石蜡油,以润滑其表面,并把无菌气管导管套在上面。静脉快速诱导的药物分别为:0.1 mg/kg 的以咪达唑仑、1 mg/kg 丙泊酚、5 μg/kg 芬太尼、0.1 mg/kg 维库溴铵。当插管把纤维支气