

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

管镜从口腔中深入到 18 cm 左右之后,自口腔插入约 17 cm 后,应该调整纤维支气管镜的方向,找到会厌。并将纤维支气管镜的镜头前部从会厌的下方经过,稍微翘起之后可以看见声门。这时应将纤维支气管镜调整,使其进入到气管中到达隆突上约 5 mL 的地方,然后将气管的导管沿着纤维支气管镜送入到气管中。通过纤维支气管镜进行观察,应观察到位,将气道中的内分泌物尽量吸尽,同时要将气管导管固定好,一边撤出纤维支气管镜,将气囊充盈。

2 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 2~4 min。

3 讨 论

以往气管插管困难有采用喉罩置入来取代气管插管、光导盲探气管插管、环甲膜穿刺逆行引导插管以及特殊喉镜。这些方法都具有一定的缺陷。在表面麻醉以及适当药物辅助的情况下,采用纤维支气管镜引导慢诱导清醒气管内插管较为安全^[2]。但是有相关的报道表明由于在患者出现紧张和恐惧,因此,进行表面表面麻醉不能有效组织深部喉部反射的发生,在将纤维支气管镜插入时也会由于刺激而引起较为剧烈的咳嗽,容易导致气管的反射性痉挛收缩^[3]。

纤维支气管镜是一种麻醉科室中的常用工具,麻醉师必须经过多次培训,提高纤维支气管镜引导气管插管的熟练程度。因此,对估计气管插管困难者,不能反复进行试插,可以直接采用纤维支气管镜引导下气管内进行插管,以降低各种并发症出现的概率。本研究中一次插管成功率占有所有患者的 87.8%,在二次插管中,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,但是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。因此,该方法具有

一定的应用价值。

在纤维支气管镜使用的过程应注意:首先,在进行纤维支气管镜的使用前,应该将其镜干和气管导管的前部用适量的石蜡油进行润滑,不能将纤维支气管镜的镜头遮住;其次,由于有一些患者分泌物很黏稠,在使用纤维支气管镜时不能析出,或者分泌物过多,遮住了视野,应该先采取普通的吸引管将其吸净;再者,通过口腔引导气管插管的时候,应该先将牙垫放置好,然后托起患者的双下颌,通过鼻孔引导气管插管的时候,应先把气管导管插入润滑之后的鼻孔,以防止出现导管不能通过鼻孔而出现插管失败的现象。最后,还应该时刻关注患者的症状变化,观察其 SpO₂ 的变化,如果由于插管的时间太长而使得 SpO₂ 下降,则应该立即停止插管,并在面罩中加压供氧约 4 min,当 SpO₂ 上升到正常值之后再插管。

综上所述,纤维支气管镜引导气管插管在困难气道中的应用,如果要确保插管成功,就应该有熟练的操作技巧和丰富经验,并做好充分准备,困难气管插管纤维支气管镜引导经鼻气管插管的成功率高,插管的时间短且能减轻患者的痛苦,具有较低的风险和损伤少,安全性高^[4],因此,可以进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 薛富善. 困难气管插管技术[M]. 北京:科学技术文献出版社,2002:76-77.
- [2] 徐劲松,丁国友,来伟,等. 支气管镜引导气管插管在麻醉气管困难插管的应用[J]. 临床肺科杂志,2009,14(3):413.
- [3] 张九进. 纤维支气管镜用于困难气管插管的临床价值[J]. 微创医学,2008,3(6):575-577.
- [4] 高友光,林献忠,林财珠,等. OSAS 患者纤维支气管镜辅助下快诱导经口与慢诱导经鼻气管插管效果的比较[J]. 中华麻醉学杂志,2009,29(4):633-635.

(收稿日期:2012-07-28 修回日期:2012-11-14)

脑卒中合并医院获得性肺炎的护理干预措施应用体会

陈丽华¹,汪春慧²,罗 全¹,朱光凝¹,余帮蝉³(1. 重庆市万州区卫生干部进修学校附属医院 404000; 2. 三峡医药专科学校附属医院 404040; 3. 重庆市万州区第四人民医院 404000)

【摘要】 目的 探讨脑卒中合并医院获得性肺炎的护理方法,降低病死率。**方法** 对 45 例采用护理干预措施的脑卒中合并医院获得性肺炎患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 采用护理干预措施的 43 例患者病死率为 17.8%,低于报道的 60%。**结论** 护理干预措施可以降低脑卒中合并医院获得性肺炎患者病死率。

【关键词】 脑卒中; 医院获得性肺炎; 护理干预; 病死率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.02.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)02-0241-02

脑卒中合并医院获得性肺炎是诱发多器官功能衰竭和死亡的重要危险因素。早期诊断和护理干预对提高脑卒中后医院获得性肺炎治疗效果,促进脑卒中患者康复,减少病死率具有十分重要的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 5 月至 2011 年 6 月符合脑卒中的诊断标准患者 137 例,其中发生医院获得性肺炎 43 例,发生率为

31.4%。43 例患者中缺血性脑卒中 18 例,出血性脑卒中 23 例,均为首次发病,发病时间在 72 h 以内,男 27 例,女 16 例,年龄 45~71 岁,平均(55±2.3)岁。

1.2 入选标准 43 例患者入院前均无明显呼吸道感染,痰普通细菌培养阴性。入院治疗后出现呼吸道症状,如咳嗽、咳痰或痰性状改变,均符合中华医学会呼吸病学分会 1998 年制订的《医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)》中的诊断标准^[1],