

口腔颌面外科手术中困难气管插管的护理效果

马晓蓉(陕西省榆林市第二人民医院 719000)

【摘要】 目的 观察口腔颌面外科患者应用困难气管插管护理后的效果。**方法** 选取榆林市第二人民医院2011~2014 年就诊的口腔颌面外科患者 48 例作为此次研究的对象。术前对患者检查确认困难气管插管的必要性,选择合适的困难气管插管装置予以护理。**结果** 48 例患者中,鼻腔气管导管插入成功 45 例,其中包括一次性插入 8 例,多次插入 24 例,采用光索盲探气管插管 13 例,另外 3 例患者气管插管失败。因插管引起鼻腔出血现象 6 例,麻醉和复发病均没有出现。**结论** 困难气管插管操作方便,安全系数大,复发率小,插管的成功率对医护人员提出了更高的职业要求。

【关键词】 口腔颌面外科; 外科手术; 困难气管插管

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 03. 056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)03-0419-01

在口腔颌面外科中常遇到患者需要进行困难气管插管,但插管如有偏差则会使患者的咽喉破损,喉痉挛或者发生心搏骤停的现象,这也是医护人员在麻醉阶段处理不当而造成的普遍问题^[1-2]。本研究就是针对应用困难气管插管,选取本院 2011~2014 年 48 例口腔颌面外科择期手术的患者进行合适的困难气管插管分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2011~2014 年口腔颌面外科需要进行手术的 48 例患者进行研究,其中男 35 例,女 13 例,年龄 8~67 岁。患者病理分为上下颌骨骨折 11 例,下颌骨肿瘤 24 例,颞颌关节强直 7 例,小颌骨畸变 6 例。在术前患者经检查发现有不同程度的开口,确认为需要困难气管插管。

1.2 插管方法 在 48 例患者中采用鼻盲气管内插管护理,如多次操作未成功时可以改用光索盲探气管插管继续进行。鼻盲探气管插管是经过慢诱导的形式进行自主呼吸插管。患者头向后仰,肩部垫高,随着管口外部患者呼吸的声音调整头部位置,选择呼吸声音最清晰时插入气管中。光索盲探气管插管的操作是在鼻盲探引导管插到患者食管的既定部位时,将光索插入引导管中由此进入气管。这时可以看到患者颈部有光电缓慢移动,随后拔掉光索,将引导管插到需要的导管中。

1.3 术前准备

1.3.1 病情整理 气管插管的困难度为 4%,一般通过术前检查是可以发现患者的困难气道。术前医护人员需要通过患者了解病情、麻醉禁忌、病史等患者背景资料^[1]。掌握患者的病变范围大小,针对多次放疗的患者需要了解其容易造成困难气管插管的情况,如鼻息肉和鼻中隔偏曲等情况也需要做相关记录准备。

1.3.2 心理调整 在术前需要对患者的心理状态进行相关了解,针对患者的心理特点做思想疏导,便于患者放松,配合医护人员。

1.3.3 物品检查 术前需要整理准备好相关装置设备,如插管装置、插管钳、咽喉镜等,还有必备的药物,如肾上腺素、止血药、阿托品等。

1.3.4 插管护理 在术前需建立静脉通道,并检查各项设备,评估患者心功能、血压等,协助麻醉师工作,监测患者血压和中心静脉压。采用鼻盲探气管内插管时,需要患者仰卧,肩部垫高,防止患者头部悬空,如有悬空则需要面罩给氧,防止插管对患者造成低氧血症。麻醉师需要相关医护人员协助,及时处理意外情况。按照规定需要药物咪达唑仑 0.01~0.04 mg/kg 和

依托咪酯 0.01 mg/kg,舒芬太尼浓度 0.3 μg/kg^[3-4]。对软骨消毒后,用 2% 的利多卡因进行局部麻醉,然后进行环甲膜穿刺,抽吸找到气管后将利多卡因在 3 mm 处注射到气管内。患者会出现咳嗽或者分泌物,及时处理痰液保证后续治疗进行^[5]。对患者鼻腔清理后,将适量麻黄碱鼻液滴入鼻腔,以收缩鼻腔黏膜血管,然后将 1% 的卡因胶浆遵医嘱剂量滴到鼻腔黏膜表面进行麻醉。观察患者此时情况并在生命体征平稳状态下,麻醉师用适合患者管径的鼻腔气管导管通过鼻孔推到鼻后孔为止,然后向导管套囊充 8~15 mL 的气体,以此保证插管顺利进行,到声门时就可以将导管插到合适的气管部位。这时可以按压患者胸部,确认过程是否如期进行,用麻醉机接通呼吸回路,查看患者呛咳情况,查听双肺呼吸声音就可以判断导管是否进入到预期位置。另外避免导管进入太多,可以用胶布固定位置,给患者肌松药^[6]。在鼻盲探气管插管不能完成时可以选择用光索盲探气管插管技术。它的形状是一根可弯曲的导管,前段设有灯泡,插管后可在患者皮肤组织外部看到光斑作为插管的引导指示。术前麻醉与鼻盲探气管插管一样,采用光索盲探插管就要配液体状石蜡作为润滑剂,减少与呼吸道黏膜组织的摩擦。在听到外部气流声音时可以开始放入光索。在导管顶部光索露出时就可以在患者外部组织看到明亮的光斑,继而将光索调整到患者颈部中间再继续往里推动。如果感觉光索推动无阻力,那就意味光索已经进入气管;如感觉有阻力,就需要重新调整位置继续推进。需要注意的是,在患者呼气时控制好声门的开关调整光索,以免对患者喉头产生影响。

2 结果

48 例患者中,鼻腔气管导管插入成功 45 例,其中包括一次性插入 8 例,多次插入 24 例,采用光索盲探气管插管方式 13 例,另外 3 例患者气管插管失败。而插管引起鼻腔出血现象 6 例,麻醉和复发病均没有出现。困难插管后指标情况统计见表 1。困难插管后咽喉不适 8 例(17.78%),声音嘶哑 3 例(6.67%),鼻腔出血 6 例(13.33%)

表 1 困难插管后指标情况统计[n(%)]

性别	n	插管失败	插管成功		
			一次性	多次	光索盲探气管插管
男	35	2(6.45)	6(20.69)	18(62.07)	9(31.03)
女	13	1(5.88)	2(12.50)	6(37.50)	4(25.00)

的配合状态接受此操作。

2.2 留置胃管中的沟通 当患者同意接受留置胃管后,护士应尽快准备好留置胃管的所需用物,以最熟练、快捷的动作随着患者的吞咽动作缓缓地将胃管置入所需长度,当检查安置到位后,给予妥善固定。患者的情绪直接影响到留置胃管的效果,所以在安置胃管操作过程中,要亲切地给予患者鼓励,并给予夸奖,让患者有一种期盼成功的心理和喜悦。一旦发现胃管安置失败,应立即取出胃管,让患者休息片刻,安慰和鼓励患者,做好充分的心理准备后,再给予重新置入,以求得最佳效果^[6]。安置胃管时,切勿动作生硬及神情慌张、表情消极或冷漠。要让患者体会到医务人员是带着关心、体贴、理解、同情的心情在为其操作,这样可使患者情绪稳定,达到最佳配合效果。

2.3 留置胃管后的沟通 安置胃管无论成功与否,都应给予患者夸奖和鼓励,切勿怨恨和指责患者配合不当,以免加重患者的心理负担和恐惧心理,导致拒绝胃管的再次安置。

随着人们物质生活和精神生活文明程度的不断提高,患者的价值观念、健康意识日益增强,对护理质量的期望值越来越高,护患矛盾日趋突出,护患纠纷的发生呈逐步上升趋势。护患沟通是一门艺术,要掌握好这门艺术,要求护理人员不仅具备专业知识,而且还要具备广博的人文社会科学知识和良好的护患沟通能力^[8]。在留置胃管护理沟通过程中,首先要创造良好的气氛,建立护患间的融洽关系,杜绝说教式、任务式及不恰

当的方式与患者进行沟通。使患者对护士处于最佳信任心理,接受和配合留置胃管的操作,提高成功率。

总之,在安置胃管的每个环节,不仅做到认真细致,操作熟练,动作轻柔,富有耐心、爱心和同情心,还要有敏锐的观察力,更重要的是具备良好的沟通技巧,让患者心情舒畅,保持最佳状态接受和配合胃管置入。

参考文献

[1] 刘迎龙,莫绪明. 小儿心脏外科监护学[M]. 北京:科学出版社,2009:134-135.
[2] 王延恒. 护患沟通的现状 & 对策探讨[J]. 医学理论与实践,2012,25(3):366-367.
[3] 马桂芝. 影响护患沟通的因素 & 对策[J]. 中外医疗,2011,17(17):144.
[4] 桑敏. 沟通技巧在护理工作中的应用[J]. 中国民康医学,2008,20(16):1871.
[5] 湛永毅,方立珍. 护患沟通技巧[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2004:26.
[6] 何颖. 加强医德教育和医患沟通能力培养减少医疗纠纷发生[J]. 检验医学与临床,2007,4(12):1227-1228.

(收稿日期:2014-07-18 修回日期:2014-09-17)

(上接第 419 页)

3 讨 论

在口腔颌面外科常遇到患者需要进行困难气管插管,但插管如有偏差则会使患者的咽喉破损,喉痉挛或者发生心搏骤停的现象,这也是医护人员在麻醉阶段处理不当而造成的普遍问题^[7]。口腔颌面外科的患者容易因为自身生理或者病情的发展形成气管插管困难,继而影响麻醉的难度和随后手术的正常进行,同时给患者也带来很大的不便,威胁患者的生命安全和正常恢复。本研究是采用盲探气管插管技术针对口腔颌面外科的相关患者使用^[8]。48 例患者中,鼻腔气管导管插入成功 45 例,其中包括一次性插入 8 例,多次插入 24 例,经过慢诱导的形式进行自主呼吸插管。在鼻盲探气管插管不能完成时选用光索盲探气管插管方式 13 例,在鼻盲探引导管插到患者食管

的既定部位时,将光索插入到引导管中由此进入气管,总体插管成功率较高。另外插管引起鼻腔出血现象 6 例,咽喉不适 8 例,声音嘶哑 3 例,麻醉和复发型均没有出现,气管插管也是目前较理想的方法,对患者的后期恢复无较大影响。

需要注意的是在术前需提醒医护人员加强对患者分门别类的寻访,认真记录归纳患者是否存在这样气管插管的困难问题,患者对麻醉的禁忌和各类病理问题^[9]。建立静脉通道,并检查各项设备,评估患者心功能和血压等,协助麻醉师工作,监测患者血压和中心静脉压。做好插管各项准备,遵医嘱使用相应药物急救,包括麻醉药物的剂量和用法,对患者加强观察和检测,尤其是心电图和血压等方面的变动,配合医护人员对患者做好心理辅导,间接提高困难插管的成功率,防止意外麻醉等风险。

参考文献

[1] 姜虹,黄燕,朱也森. 围术期困难气道的危险因素 & 预测

模型研究[J]. 中国临床医学,2008,15(4):540-542.

[2] Murphy T, Landymore RW, Hall RI. Midazolam-sufentanil vs sufentanil-enflurane for induction of anaesthesia for CABG surgery[J]. Can J Anaesth, 1998, 45 (12): 1207-1210.
[3] 曾因明,邓小明. 危重病医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:5-6.
[4] 张伟波,宋剑乔,严火柴,等. 盲探气管插管装置在困难气道的应用[J]. 浙江医学,2008,30(10):1124-1125.
[5] Stammberger HR, Kenney DW. Paranasal sinuses: anatomic terminology and nomenclature[J]. Ann Oto Rhinol Laryngol,1995,167(Suppl):7-16.
[6] Wu XL. 45 patients with senile dementia: clinical analysis and treatment of[J]. J University Med Sci,2008,36(2):273-274.
[7] 姜虹,朱也森,张志愿. 四种插管技术解决气道困难的比较研究[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2003,1(1):22-24.
[8] Ezri T, Szumk P, Evron S, et al. Difficult airway in obstetric anesthesia: a review[J]. Obstet Gynecobgical Survey, 2001,56(10):631-641.
[9] 朱也森,姜虹. BTLL 光导食管引导插管用于插管困难病人的评价[J]. 口腔颌面外科杂志,2000,10(4):193-195.

(收稿日期:2014-06-29 修回日期:2014-10-18)