

- [2] 陈丽,许勤,刘林,等.综合干预促进胃肠道手术病人快速康复的效果观察[J].护理研究,2013,27(16):1595-1596.
- [3] 姜梅.快速康复护理对肠道手术患者胃肠功能恢复的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(6):658-660.
- [4] 孙龙,李菊云,段培蓓,等.不同时间点耳穴贴压对胃癌患者术后胃肠功能恢复的作用[J].中华护理杂志,2015,50(7):844-847.
- [5] 周贇,陈利群,周敏,等.妇科腹部手术后胃肠道功能恢复护理的研究进展[J].解放军护理杂志,2013,30(7):34-37.
- [6] 兰晓娥.耳穴按摩促进妇科腹腔镜术后患者肛门排气效果观察[J].护理学杂志,2008,23(4):50-51.
- [7] 王俊杰.中医护理技术促进腹部术后胃肠功能恢复临床研究进展[J].护理学杂志,2014,29(1):91-93.
- [8] 马英.耳穴压豆法及穴位按摩在妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复中的观察及护理[J].中国现代药物应用,2014,12(21):201-202.
- [9] 黄冬梅,司瑞超.观察耳穴埋籽护理对70例妇科术后患者排气的影响[J].光明中医,2015,7(3):562-563.
- [10] 万彬,吴淑红.艾灸配合耳穴埋籽治疗妇科恶性肿瘤术后腹胀的疗效观察[J].中国伤残医学,2015,11(24):127-128.

(收稿日期:2017-04-30 修回日期:2017-07-29)

• 临床探讨 •

## 鼻腔扩容术联合围术期护理治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果

黄丽,陈湘泉<sup>△</sup>,郝洁

(重庆三峡中心医院耳鼻咽喉科 404000)

**摘要:**目的 探讨鼻腔扩容术联合围术期护理治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者的效果。方法 选择2014年5月至2016年6月该院收治OSAHS的患者96例,回顾性分析其临床资料并对护理方法进行总结。结果 以鼻部阻塞为主的OSAHS通过鼻腔扩容手术治疗后联合综合护理措施,在96例患者中,治愈患者57例(59.38%),显效患者29例(30.21%),有效患者8例(8.33%),无效患者2例(2.08%);经过治疗后,患者平均每小时出现呼吸暂停次数、鼾声指数和嗜睡量表(ESS)评分均低于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );最低血氧饱和度高于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );手术后疼痛视觉模拟评分(VAS)与Lund-Kennedy的评分均低于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 OSAHS患者在经过合理的手术治疗和围术期前后的系统护理配合,可以大幅度地降低术后并发症发生概率,提高手术的成功率,改善患者夜间睡眠质量和其他与OSAHS相关的症状,提高患者的生活质量。

**关键词:**阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 鼻腔扩容术; 围术期护理

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)23-3533-03**

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是一种表现为当患者处于睡眠状态时<sup>[1]</sup>,尤其是在深度睡眠的状态下,上气道出现塌陷和阻塞,频繁地发生呼吸短时间停止和低通气量的情形<sup>[2]</sup>,这种症状可以导致血氧饱和度下降,伴有或者不伴有打鼾和在白天嗜睡的症状群<sup>[3]</sup>,如果伴有肥胖症状则发病率更高,男性发病率高于女性<sup>[4-5]</sup>。在临床上,对于病情较轻的患者,可采用持续的气道正压通气治疗<sup>[6]</sup>,但是如果病情较重,需采用手术方法进行治疗,而鼻腔扩容术是现在常用的针对OSAHS的手术治疗方法<sup>[7]</sup>。本院耳鼻喉科在2014年5月至2016年6月对收治的患有OSAHS的患者96例,全部经过鼻内窥镜下的鼻腔扩容术手术治疗,全部患者在围术期进行了系统的综合护理,效果良好,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院耳鼻喉科2014年5月至2016年6月收治OSAHS患者96例,其中男86例,女10例;年龄32~63岁,平均(49.56±6.38)岁;体质量68~120 kg,平均(82.64±7.59)kg;血氧饱和度为0.54~0.87,平均(0.75±0.08);睡眠中的呼吸暂停时间为25~160 s,平均(85.37±5.49)s。所有患者经过CT冠状位断层扫描,都具有下列至少一项症状,如鼻息肉、鼻甲肥大、鼻中隔偏曲、中鼻甲反张等鼻腔结构出现异常及严重的鼻塞症状,并同时伴有以下条件:具有OSAHS的症状;习惯性在睡眠状态打鼾或者出现张口呼

吸、间歇性的呼吸停止;血氧饱和度降低;白天嗜睡注意力无法集中,伴有记忆力下降;通过检测整夜的睡眠,被诊断为OSAHS;在利用激素类药物治疗后并没有出现好转的现象。

### 1.2 方法

**1.2.1 手术方法** 采用鼻腔扩容术治疗OSAHS<sup>[8]</sup>。患者入院后先行术前准备,在局部麻醉或者全身麻醉的情况下进行,包括鼻息肉切除、鼻中隔偏曲矫正、中鼻甲内移固定、中鼻道双侧筛窦对称开放、下鼻甲部分切除、下鼻甲外移固定等。临床上根据患者鼻部阻塞的不同原因选择不同的手术方法,最终达到缓解或者减轻气道阻塞的目的。手术后用凡士林油纱条或者高分子膨胀止血海绵填塞手术创口,在术后24 h之后,逐渐将填塞物抽出,在全部抽出之后执行鼻腔冲洗,频率为2次/天,常规状态下每7 d复诊检查1次,1个月之后每1个月复诊1次,若出现不适时随时来医院复诊。

**1.2.2 护理方法** (1)术前护理。在心理护理方面,作为护士对患者进行热情对待,对住院的环境进行详细的交代,尽快消除其陌生感,仔细收集患者病史和相关资料,做好护理评估工作和相关疾病的知识告知,向患者介绍本次手术的目的与意义、手术的方法和患者与家属如何配合手术,手术后的恢复和可能的注意事项等健康宣教,做到让患者有充分的思想准备,减轻焦虑症状。在一般手术准备方面,要帮助和提醒患者做好入院后的各项常规检查和鼻部内窥镜检查,行鼻部的CT断层

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail:404339513@qq.com。

扫描。及时向患者说明以上检查的必要性和相关的注意事项。在手术前一天叮嘱患者洗澡,男性患者剃胡须,将鼻毛剪干净。在手术前遵医嘱给患者服用预防性的小剂量抗菌药物,并在手术前 30 min 注射鲁米那 0.1 g 和硫酸阿托品 0.5 mg,以达到镇静和抑制气道液体分泌目的,保持手术过程中气道畅通。(2)术后护理。如果患者为局部麻醉则在手术后取半卧位,如果为全身麻醉则要求患者在手术后平卧位去枕,将头部偏向一侧,在 6 h 之后再取半卧位。半卧位有利于减轻头部的水肿状况,缓解疼痛<sup>[10]</sup>。要注意观察患者的鼻腔内出血情况,叮嘱患者如果感觉到鼻孔后方有血液流出要及时将其吐出,一方面便于监测出血量,另一方面防止引起恶心与呕吐。观察患者有无活动性的出血点,备好急救用品,叮嘱患者尽量不要用力打喷嚏和咳嗽等,防止鼻腔堵塞物松动或者脱出而引发出血,教会患者按压人中 and 深呼吸的方法制止打喷嚏。手术后患者鼻腔遭受填塞,呼吸道全部阻塞,如必要可以给低流量的氧气,并注意观察患者症状,若出现嗜睡,反应迟钝等现象要立即进行处理。如果手术涉及筛窦部分,则还要严密观察有无清水样的鼻涕流出,防止脑脊液漏出。一般应用 5~7 d 的抗菌药物,预防感染,防止感冒,若出血比较多,则需要应用止血药物。手术后第 2 天可先用石蜡润滑,然后滴入呋喃滴鼻液,起到止血和利于通气的作用,正确的滴鼻液使用方法为<sup>[11]</sup>:患者仰卧位下,头尽量后仰下垂使鼻孔尽量垂直向上,每个鼻孔 3~4 滴,然后按压鼻翼,使药液均匀分布在鼻黏膜上,发挥药理作用,保持 2 min 左右然后坐起来。当鼻腔堵塞物全部抽出并且没有出血之后,用生理盐水冲洗鼻腔<sup>[12]</sup>,温度以 37℃ 为宜,在冲洗鼻腔时用口呼吸,不可说话交谈,不能让水流冲击过快,保证鼻黏膜的恢复和清洁鼻腔的作用。(3)饮食护理。患者在局部麻醉手术后 2 h、全身麻醉手术后 6 h,如果没有出血现象,就可以服用一些流质或者半流质的饮食,做到少食多餐,绝对避免刺激性食物。(4)手术并发症的护理。在可能的条件下,用纱布浸湿覆盖患者口唇部,做好口腔卫生的护理<sup>[13]</sup>,在每次进食后漱口,对疼痛进行正确的评估,不仅要帮助患者做好心理准备,也要利用物理方法帮助患者度过疼痛期,如用冰袋敷鼻面部,减

轻组织充血肿胀,缓解疼痛,并且维持病房的安静环境,防止各种刺激发生。

**1.3 疗效评价标准<sup>[9]</sup>** 运用嗜睡量表的 ESS 评分来评价嗜睡情况,分数越高嗜睡情况越严重;用视觉模拟评分的 VAS 标准进行疼痛程度的评分,分数越高代表越疼;鼻内恢复状况采用 Lund-Kennedy 评分,分数越低越接近正常鼻腔水平。治愈:在睡眠过程中,平均每小时出现呼吸暂停的次数小于 5 次,最低血氧饱和度大于 90%,打鼾和呼吸暂停以及在白天嗜睡等相关症状基本上全部消失;显效:在睡眠过程中,平均每小时出现呼吸暂停的次数小于 20 次,最低血氧饱和度大于 50%,打鼾和呼吸暂停以及在白天嗜睡等相关症状明显减轻;有效:在睡眠过程中,平均每小时出现呼吸暂停的次数比治疗前下降幅度高于 25%,打鼾和呼吸暂停以及在白天嗜睡等相关症状减轻;无效:在睡眠过程中,平均每小时出现呼吸暂停的次数比治疗前下降幅度小于 25%,打鼾和呼吸暂停以及在白天嗜睡等相关症状无明显变化。

**1.4 统计学处理** 利用 Microsoft Excel2007 建立数据库,采用 SPSS20.0 软件对数据进行分析。计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用百分数表示。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 手术患者的症状改善情况** 全部 96 例患者的手术顺利,手术时间为 1.20~2.80 h,平均(1.75±0.12)h;以鼻部阻塞为主的 OSAHS 通过鼻腔扩容手术治疗后,经过配合该手术前后的细致综合护理工作,在进行治疗的 96 例患者中,治愈患者达到 57 例,构成比为 59.38%。其中显效患者为 29 例(30.21%),有效患者为 8 例(8.33%),无效患者 2 例(2.08%)。

**2.2 患者手术前后的平均每小时出现呼吸暂停次数、最低血氧饱和度、鼾声指数与 ESS 评分的比较** 结果显示,经过鼻腔扩容术后,患者平均每小时出现呼吸暂停次数、鼾声指数和 ESS 评分低于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );最低血氧饱和度高于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 手术前后平均每小时出现呼吸暂停次数、最低血氧饱和度、鼾声指数与 ESS 评分的比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 时间       | n  | 平均每小时出现呼吸暂停的次数 | 最低血氧饱和度(%) | 鼾声指数(次/分)    | ESS 评分(分)  |
|----------|----|----------------|------------|--------------|------------|
| 手术前      | 96 | 40.51±12.34    | 71.65±8.64 | 185.49±36.54 | 15.31±5.67 |
| 手术后      | 96 | 24.24±13.57    | 83.51±7.51 | 79.68±29.57  | 5.42±3.59  |
| <i>t</i> |    | 8.691          | 10.151     | 22.055       | 14.439     |
| <i>P</i> |    | <0.05          | <0.05      | <0.05        | <0.05      |

**2.3 患者手术前后 VAS 与 Lund-Kennedy 的评分比较** 手术后 VAS 与 Lund-Kennedy 评分均低于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 鼻腔扩容术前后 VAS 与 Lund-Kennedy 的评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间       | n  | VAS 评分    | Lund-Kennedy 评分 |
|----------|----|-----------|-----------------|
| 手术前      | 96 | 6.34±1.23 | 14.52±4.32      |
| 手术后      | 96 | 4.21±2.17 | 8.41±3.67       |
| <i>t</i> |    | 8.367     | 10.561          |
| <i>P</i> |    | <0.05     | <0.05           |

**3 讨 论**

鼻腔是人体上呼吸道的第一个门口,鼻腔本身除了通气之外,还有清洁过滤、嗅觉和免疫屏障等多种功能<sup>[14]</sup>。从人体的解剖结构上看,鼻腔因为有骨骼和软骨的支持,很少发生塌陷,

但一旦鼻腔结构出现异常,就会出现鼻腔的阻塞性疾病,严重时发生 OSAHS。正常情况下,鼻腔的通气阻力占到了呼吸道全部阻力的 50% 以上,如果鼻腔发生阻塞性疾病,那么发生在鼻部的阻力就会突然的增高,人体的咽部负压作用就会明显增大,导致咽部的软组织发生塌陷,形成了呼吸暂停。另外如果人体的鼻腔发生阻塞,人就会本能性的在睡眠时使用口进行呼吸,长时间会导致患者的下颌骨下移,患者的咽部前后空间变小,严重时舌部可能后坠,咽部进一步的缩小,使疾病进一步恶化<sup>[15]</sup>。

鼻腔扩容手术可以增加患者鼻腔有效通气容积,明显降低患者鼻部气体流动的阻力,进而能够降低塌陷压,减轻黏膜肿胀,改善患者的睡眠状态,经过合理的手术治疗和围术期前后的系统护理配合,可以大幅度的降低术后并发症发生概率,提高手术的成功率。从研究结果可以看出,经过鼻腔扩容术后,患者的平均每小时出现呼吸暂停次数、鼾声指数和 ESS 评分低于手术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );最低血氧饱和度高于

与手术前, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 手术后 VAS 与 Lund-Kennedy 的评分均低于手术前, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 这些结果都可以说明, 鼻腔扩容术联合综合护理措施可以改善患者夜间睡眠质量和其他与 OSAHS 相关的症状, 提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 朱群华, 冉龙娇, 尹红艳. 鼻腔扩容术对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者生活质量的影响[J]. 西部医学, 2016, 28(10): 1443-1446.

[2] 王海旭, 怀德, 曹影, 等. CO<sub>2</sub> 激光辅助改良腭咽成形加选择性鼻腔扩容术治疗 OSAHS 的疗效分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2016, 24(4): 272-275.

[3] 王大明, 王翔. 两种鼻腔手术治疗鼻中隔偏曲的对比性探究[J]. 西南国防医药, 2016, 26(7): 808-810.

[4] 王佳, 尹金淑, 彭洪, 等. 单纯鼻腔扩容术及联合改良悬雍垂腭咽成形术治疗 OSAHS 的疗效[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(10): 1675-1678.

[5] 周锦川, 王东. 鼻内镜下鼻腔扩容术治疗基层官兵鼻塞 76 例分析[J]. 人民军医, 2016, 59(4): 347-348.

[6] 赵妍萍. 鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果评价[J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13(2): 71-73.

[7] 宁媛媛, 王丽娥, 王旭峰. 同期改良鼻腔扩容术联合改良悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效分析[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(1): 81-82.

[8] 陆汉强, 蒋华平, 黄秋生, 等. 鼻声反射在行鼻腔扩容术 OSAHS 患者鼻功能评估中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 30(1): 58-60.

[9] 臧洪瑞, 李立锋, 张罗, 等. 鼻腔扩容术对上气道流场特征的影响[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22(11): 548-553.

[10] 惠培林, 谢宇平, 马薇, 等. 鼻腔扩容术作为基础术式在治疗 OSAHS 中的临床价值分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(21): 1860-1863.

[11] 毛敏, 张建国, 陈观贵, 等. 改良悬雍垂腭咽成形术联合同期鼻腔扩容术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(20): 1808-1811.

[12] 彭易坤, 胡德峰, 吴欣华, 等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者双侧鼻腔扩容术前后鼻腔通气程度主客观的变化[J]. 武汉大学学报(医学版), 2015, 36(6): 952-955.

[13] 刘美娜, 庞湃, 李笑天. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征多平面联合手术后应用硅胶双气囊止血导管的护理体会[J]. 中国医科大学学报, 2016, 45(10): 955-957.

[14] 张莉燕. 肥胖症合并阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者的围手术期护理[J]. 腹腔镜外科杂志, 2015, 20(12): 953-954.

[15] 刘峥孜. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者睡眠的护理干预分析[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(8): 237.

(收稿日期: 2017-05-01 修回日期: 2017-07-30)

• 临床探讨 •

## 术前按摩护理支持对开胸手术负性情绪及应激反应的影响分析

李小强<sup>1</sup>, 陈伟<sup>2△</sup>

(1. 西安医学院第二附属医院, 西安 710038; 2. 陕西省核工业二一五医院心胸外科, 陕西咸阳 712000)

**摘要:**目的 探讨术前按摩护理支持对开胸手术负性情绪及应激反应的影响。方法 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月开胸手术患者 120 例, 根据抽签法将患者分为观察组 ( $n=60$ ) 及对照组 ( $n=60$ ), 对照组给予常规性护理, 观察组在对照组基础上术前 30 min 行按摩护理, 对比分析两组患者围术期心理应激反应、负性情绪及术后疼痛情况。结果 观察组干预后焦虑评分量表 (SAS)、抑郁评分量表 (SDS) 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组干预后收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、心率水平均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组术后 12、24、48 h 疼痛评分 (VAS) 低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 术前按摩护理支持能有效改善开胸手术患者负性情绪, 减轻患者术前应激反应及术后疼痛感, 有助于患者术后康复。

**关键词:**按摩; 护理支持; 开胸手术; 负性情绪; 应激反应

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)23-3535-03**

开胸手术是治疗胸外科疾病常用的技术及手段, 但由于手术创伤大, 患者术后容易出现不同程度的肺功能损害, 增加患者术后并发症发生率, 从而导致患者术前心理负担较重, 导致患者术前容易出现焦虑、抑郁等情绪<sup>[1]</sup>。相关研究指出<sup>[2]</sup>, 焦虑、抑郁等情绪会引起患者出现一系列应激反应, 影响患者身体机能, 不利于患者预后。术前给予患者必要的护理支持, 对缓解患者焦虑、抑郁情绪, 降低患者应激反应, 促进患者预后及提高患者生存质量具有重要的意义<sup>[3]</sup>。相关研究指出<sup>[4]</sup>, 术前按摩护理能有效放松机体紧绷的肌肉及软组织, 有助于改善患者紧张、焦虑的情绪。本研究将探讨术前按摩护理支持对开胸手术负性情绪及应激反应的影响, 旨在为同类手术护理

提供指导。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月开胸手术患者 120 例, 纳入标准: (1) 患者均符合开胸手术指征; (2) 无麻醉禁忌证; (3) 均签署知情同意书, 愿意配合治疗。排除标准: (1) 心、肝、肾功能不全者; (2) 精神疾病者、老年痴呆者及神志不清者; (3) 听读写功能障碍以至于无法完成问卷调查者。根据抽签法将患者分为观察组 ( $n=60$ ) 及对照组 ( $n=60$ )。观察组男 34 例, 女 26 例; 年龄 42~78 岁, 平均 (49.8±3.5) 岁; 疾病类型: 食管癌切除术 28 例, 肺叶切除术 14 例, 全肺叶切除术 10 例, 纵膈肿瘤切除术 6 例, 脓胸扩清术 2 例。对照组男 32 例,

△ 通信作者, E-mail: 610798685@qq.com。