

· 经验交流 ·

272例鼻内镜鼻窦手术的护理体会

谢金婵

(湖南中医药大学附一院耳鼻咽喉头颈外科,湖南长沙 410007)

关键词:鼻内镜;鼻窦手术;护理

中图分类号:R765.9;R473.76 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2010)02-0150-03

现代鼻内镜外科的内涵是在鼻内镜直视下,以尽可能保留鼻腔鼻窦的结构和功能为前提,以清除病变、改善和重建鼻腔鼻窦通气引流功能为目的的鼻外科技术^[1]。是取代传统鼻部疾患手术的有效治疗方法。我院自90年代中期开展鼻内镜外科手术,配合规范围手术期护理程序,临床疗效优势明显。本文回顾分析2007年1月~2009年6月我院经鼻内镜行鼻窦手术患者272例,随访6个月以上。现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2007年1月~2009年6月在本科经鼻内镜行鼻窦手术的住院患者272例,其中男178例,女94例;年龄6~74岁,平均年龄35.49岁。术前所有病例均经鼻内镜检查、鼻窦CT扫描及X线照片,明确手术范围。根据患者年龄、全身和局部状况,选择局部麻醉或全身麻醉。按照海口会议的内镜鼻窦手术疗效标准评定疗效^[2]。术后随访6个月以上272例患者,治愈201例(占73.9%),好转60例(占22.1%),无效11例(占4.0%)。术后出现并发症22例,其中鼻腔出血11例,溢泪

6例,眶周瘀血及皮下气肿5例,所有病例均未出现严重并发症。

2 护理

2.1 术前护理

医护是长期的合作伙伴,医护进行有效沟通;术前配合医生,指导患者做好鼻内镜专科检查;协助患者完善鼻窦CT扫描及各种常规检查,以了解患者的全身情况。

评估患者有无高血压、心脏病等既往史;术前1d遵医嘱做好抗生素皮试、剪去双侧鼻毛、备皮、剃胡须、生理盐水冲洗鼻腔。全麻患者术前禁食、禁饮8h,术前15min常规肌注苯巴比妥、阿托品,指导患者排空大、小便。

2.2 术后护理与观察

2.2.1 一般护理 局麻患者术后取半卧位;全麻患者术后采取去枕平卧位6h,头偏向一侧,禁食6h,清醒后生命体征平稳6h改为半卧位,以减少出血。手术当天卧床休息,利于体力恢复;术后1~2d内勿做低头取物的动作,协助患者的生活护理。保持病室湿度40%~60%,加强口腔护理,多漱口、多饮水防止口唇干燥、咽痛、口臭等不适。避免剧烈咳嗽、打喷嚏、擤鼻、挖鼻孔或自行拔除鼻腔填塞物;若为儿童,多亲近、表扬他们,结合家属督促,取得他们的积极配合。

作者简介:谢金婵,女,主管护师。
通讯作者:谢金婵,Email:tangruilian@126.com.

2.2.2 饮食护理 全麻患者禁食 6 h 后方可进食;鼻腔填塞期间,予流质或半流质饮食,鼻腔填塞物取出后改为普通饮食;术后当天或第 1 天给予清淡易消化的流质或半流饮食,2~3 d 予易消化富于营养的半流质或普食。多饮水,多吃新鲜蔬菜、水果;避免煎炸、辛辣刺激、干燥及过热等刺激性食物;避免咀嚼;防止便秘。

2.2.3 出血的护理 严密观察鼻腔分泌物的颜色、量、性质,有无活动性出血及出血时间。由于鼻腔血管丰富,手术创面不缝合,仅以凡士林纱条或止血棉填塞压迫止血,故术后鼻腔渗出血性及水样分泌物属正常情况。有少量出血,避免惊慌,用无菌纱布将分泌物擦拭干净即可。如咽部有分泌物,督促患者轻吐于弯盘中,切忌吞下,应观察是否为血性分泌物;勿高声谈笑,避免打喷嚏;若鼻腔填塞物松动,渗血量较多者应重新填塞鼻腔。若鼻前部有持续性血液流出或口腔内有血液流出或有频繁吞咽动作时,提示鼻腔内有活动性出血,应立即通知医生加压填塞 48~72 h,并予止血治疗。根据患者情况,48 h 内鼻根部可冷敷,指导患者用口呼吸与预防打喷嚏的方法,随时观察血压的变化,以防术后出血^[3]。

2.2.4 疼痛护理 因鼻内镜手术属有创手术,且鼻黏膜有丰富的神经末梢,黏膜水肿、鼻腔术后填塞物压迫止血以及情绪紧张等,均可导致鼻部及头部不同程度的疼痛。因此,向患者解释疼痛的原因及可能持续的时间;予半坐卧位休息,利于分泌物引流;鼻额部持续冷敷,48 h 后予热敷;分散注意力;必要时遵医嘱予止痛剂和镇静剂。

2.3 专科护理

2.3.1 出血 鼻内镜术后出血的常见原因:手术技巧不当、损伤、填塞不当、用力擤鼻、排便、打喷嚏等。本组病例中有 11 例(占 4.04%)因打喷嚏和自行将填塞物取出导致鼻腔出血。护理措施:立即通知医生,用麻黄碱棉片填塞鼻腔压迫止血;药物

止血治疗;安慰患者解除紧张、恐惧心理;协助患者取半卧位,便于口鼻内分泌物引流;指导患者将口鼻内分泌物吐出,同时注意观察引流物的色、质、量、气味及伴随症状,做好记录;冷敷鼻部;指导患者避免打喷嚏的方法,注意防寒保暖,勿受凉感冒;强调勿自行拉扯鼻腔填塞物,并说明可能出现的后果;注意休息。

2.3.2 眶及眶周并发症 表现为眶内血肿及皮下气肿、视力障碍、眼球运动障碍、泪道损伤。常见原因主要是损伤眶纸样板后手术进入眶内造成。护理上注意观察眶周有无淤血肿胀、结膜有无充血、眼球有无突出,患者有无复视、视力有无下降,眼球运动是否正常,有无溢泪,发现异常情况立即报告医生,积极配合处理。本组病例中 6 例(占 2.21%)出现溢泪;眶周瘀血及皮下气肿 5 例(占 1.84%)。

2.3.3 颅内并发症 主要为脑脊液鼻漏。这是内镜鼻窦手术中颅内并发症中最常见及最重要的并发症之一,术后鼻腔如有清水样液体流出,低头时加重,提示有脑脊液鼻漏的可能,让患者取半卧位,绝对卧床休息,嘱患者禁擤鼻和避免强烈咳嗽及经鼻滴药,勿低头及用力排便,以预防颅内压增高及颅内逆行感染^[4]。术后密切观察神志、体温、脉搏、呼吸、血压的变化,注意有无恶心、呕吐等症状;如体温在 38.5℃ 以上,伴剧烈头痛、恶心、呕吐、脑膜刺激征等,提示有颅内感染,立即报告医生,采取相应的护理措施。本组病例中未发生脑脊液鼻漏并发症。

2.3.4 鼻内并发症 ①术腔粘连和闭塞:是内镜鼻窦手术后最常见的并发症。引起术腔粘连和闭塞并发症的原因有:a. 手术中病变清除不彻底。b. 术后不及时清除术腔,新生的炎性组织、水肿的黏膜或新生囊泡、小息肉没有及时清除。术后窦腔黏膜向正常上皮转化或上皮化大约需要 3~6 个月时间。护理措施:术后取出填塞物后即给予

鼻腔冲洗,每日1~2次,以保证术腔通畅;指导患者冲洗时勿用力擤鼻或作吞咽动作,防止引发中耳炎;加强术后换药,指导患者定期回院复查;遵医嘱配合应用类固醇激素以及稀释鼻腔粘稠分泌物的药物如氨溴素片;一旦发生鼻腔粘连,应松解分离。②窦口闭塞:主要原因与术中窦口周围黏膜损伤过重有关。护理措施:术后及时清除病变;长期随访;术后适量应用类固醇激素;已发生窦口闭塞,经多次处理无效者,应尽早再次手术。

3 出院指导

教会患者正确使用鼻腔冲洗器冲洗鼻腔,自行用生理盐水定期冲洗,以利鼻腔鼻窦黏膜功能恢复。

嘱患者出院后1个月内注意休息,避免重体力劳动和剧烈运动,避免外伤,禁食刺激性食物,以免诱发出血。

注意保暖,避风寒、防外感,避免受凉感冒;戒烟酒;加强锻炼,增强体质,提高抵抗力。养成良好的卫生习惯。

出院后继续用药:鼻用皮质激素、复方薄荷滴鼻液滴鼻,口服氨溴素片等;告诉患者药物的名称、用途、剂量、用法,教会患者正确的使用方法。

定期复查随访及清理鼻腔:出院后根据病情随访半年以上,第1个月内每周一次鼻内镜下清理鼻腔,第2~3个月每2周复诊一次,4~6个月每月复诊一次,以后每半年或一年复诊一次,如有不适随诊。

随着鼻内镜手术的广泛开展和技术的逐渐成熟,临床注意力开始向手术后术腔护理及综合性治疗倾斜^[5],术前术后护理、健

康教育、术后随访和综合性治疗是提高鼻内镜鼻窦手术疗效的重要阶段,有利于提高患者自我保健能力,避免影响疾病复发的不利因素,有利于患者的早日康复。

鼻内镜鼻窦手术的开展,使得慢性鼻窦炎、鼻窦炎的疗效有了极大的提高,总体疗效从既往传统手术的40%~50%,提高到85%~90%^[6]。通过对272例鼻窦炎患者鼻内镜手术的护理,认为术前做好心理护理、充分的术前准备、术后仔细观察及监护病情、清理鼻腔及术腔冲洗、准确的病情判断、加强术后随访、及早发现各种并发症,及时采取有效地治疗护理措施,有利于提高手术疗效,保证手术成功率,减少术后并发症,保证患者顺利渡过手术期、早日康复。

参考文献:

- [1] 田勇泉主编.耳鼻咽喉-头颈外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004,126-133.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会.慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准(1997年,海口)[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(3):134-135.
- [3] 阙蔚平.亲情服务在老年鼻内镜手术患者中的应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(2):143-144.
- [4] 李庆华,赵枫林,邹秋平.鼻内窥镜手术病人围手术期护理[J].齐鲁护理杂志,2004,10(10):792.
- [5] 甘秀妮,骆文龙.护理干预对内窥镜鼻窦手术远期疗效的影响[J].护士进修杂志,2007,22(8):712-713.
- [6] 史剑波,李辉,林素清,等.46例经鼻内窥镜鼻窦手术失败原因分析[J].暨南大学学报(医学版),2001,22(4):76-77.

(修回日期:2010-02-01)