

48 例耳鼻喉患者术前术后护理体会

夏蔚丹

贵州省盘州市人民医院 贵州盘州 553536

【摘要】目的 探讨耳鼻喉科手术的护理措施。**方法** 随机抽取我院近期行耳鼻喉科手术的患者 48 例, 总结分析手术良好的护理配合对提高手术疗效、降低术后复发率等方面的围术期护理情况。**结果** 48 例患者手术顺利, 术后无感染, 无心理障碍, 康复出院。**结论** 优质的护理质量能够有效的提高患者的手术效果, 要求护理人员责任心强, 不断掌握新技术的护理方法, 重视心理护理, 良好的手术护理配合会提高治疗的满意度。

【关键词】 耳鼻咽喉科; 手术; 护理

【中图分类号】 R473.76

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 05-188-02

耳鼻喉科手术治疗范围较广, 手术种类较多, 临床护理如何针对不同类型手术有针对地做好术前、术中及术后护理, 对患者疾病康复意义重大, 随机分析近期收治的耳鼻喉科手术的患者 48 例的护理措施分析如下:

1 临床资料

耳鼻喉科疾病在我院住院并参与全程围手术期护理的患者 48 例, 其中慢性鼻窦炎患者 13 例, 鼻息肉患者 10 例, 耳部手术 10 例, 咽部及喉部手术 15 例, 其中男 32 例, 女 16 例。年龄 13 ~ 70 岁, 平均 (29.4 ± 20.6) 岁, 病程数月至 8 年不等。住院时间 3 ~ 7 天, 给予规范化护理。

2 围手术期护理

2.1 术前准备

协助患者完成各项术前辅助检查, 如: 血、尿常规、血凝、传染病检查、心电图、胸片、CT 等。做好专科宣教工作, 向患者及家属介绍耳鼻喉手术的优点及麻醉方法, 手术过程、时间、有助于消除患者的恐惧心理, 使其处于接受治疗的最佳状态, 主动接受并配合手术。对于即将行鼻部手术的患者指导其正确使用滴鼻药、鼻腔冲洗方法、以及避免打喷嚏的减压措施。为避免鼻毛妨碍手术及污染器械, 术前 1 天需要剪除鼻毛, 冲洗鼻腔, 并做药物过敏试验, 避免拉拽鼻毛及损伤鼻粘膜而增加感染机会。对于耳部手术的患者应剃去耳后头发, 注意不要刮破皮肤避免感染。术前 8h 禁食水, 以免术中发生呛咳, 从而引起窒息。咽部及喉部手术的患者术前后用洗必泰漱口以保持口腔清洁。术前进行药物过敏试验及预防性应用抗生素。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理

全麻术后取平卧位, 为避免呕吐引起窒息, 头应偏向一侧, 6h 后取半坐卧位, 这样有利于鼻腔伤口的渗血从口内吐出, 便于观察手术后渗血量。同时监测体温、脉搏、呼吸、血压的生命体征, 对老年体弱的患者可给予吸氧, 如有异常应及时报告医生。术后如有咳嗽打喷嚏前兆, 应教会患者的减压措施, 嘱其张口深呼吸或用舌尖顶住腭部。

2.2.2 心理护理

目前随着整体护理观念的改革和深入, 护理工作应以患者为中心, 进行个性化的护理模式, 其中心理护理就是目前被重视的项目, 提高护理的质量及患者的满意度。对于术前患者存在的恐惧、焦虑、睡眠紊乱以及对疾病相关知识的缺乏, 护理人员应该与患者进行沟通和交流并进行针对性的疏导, 减轻患者的心理压力, 树立患者战胜疾病的信心。

2.2.3 饮食

很多患者术后两个鼻腔的填塞物使吞咽时会有前额及鼻

腔的胀痛加重以及咽喉部手术后的异物感而导致没食欲或不能进食, 应做好饮食护理, 向患者说明术后适当的饮食有利于体力恢复及伤口的愈合, 术后当天进流饮食, 如无特殊情况, 第 2 天开始进清淡易消化食物, 富含维生素的食物, 少食多餐, 避免使用生、冷、硬及辛辣刺激性食物, 进食前后要漱口。

2.2.4 手术部位的护理

鼻部患者术后鼻腔填塞纱条期间, 患者易出现口干、头胀痛、溢泪、鼻腔渗血等症状, 术后 1 日开始用生理盐水冲洗鼻腔的分泌物及干痂, 以促进黏液纤毛功能的恢复。此外还可以给予鼻腔雾化吸入, 起到局部消炎及湿润鼻腔的作用。减轻不适症状。如果鼻腔填塞物如自行脱出, 应将其剪除, 不可再次塞入, 以免引起伤口感染。2 天后抽出鼻腔填塞物后, 要注意观察鼻腔的通气及出血, 每日鼻腔换药, 并局部用类固醇激素滴鼻药, 以减轻鼻黏膜充血、水肿, 防止鼻粘连的形成。咽喉部手术患者术后尽量少说话, 说话时用哑语或手写替代。耳部患者术后应每天换药, 保证伤口的清洁避免感染。

2.2.5 手术并发症的观察

鼻部患者术后最常见的是并发症是鼻出血, 要注意观察患者鼻孔渗血的情况。此外还有眶内并发症和颅内并发症, 前者主要为眶内血肿、视神经损伤, 表现为是流泪, 眶周淤血, 视物模糊, 甚至一过性的失明。后者主要为脑脊液鼻漏, 常发生在鼻腔填塞物取出后。咽喉部手术后也应注意观察术后手术部位是否有渗血情况。耳部手术应注意包扎敷料是否脱落及渗血的颜色和量。

3 护理体会

3.1 疼痛原因及特点分析

患者产生疼痛的原因及疼痛程度与手术部位及手术范围有关。鼻咽部是患者呼吸和吞咽时气体和食物的必经部位, 因此患者手术伤口不断受到刺激而产生疼痛。而耳部手术后的疼痛常伴有恶心、眩晕等不适感, 使疼痛感加重。喉部手术因患者要反复吸痰, 刺激伤口, 因此疼痛感较其他部位更难耐受。此外患者对疼痛的耐受程度还与体质、年龄、性别等有关, 疼痛阈值较低者对疼痛的耐受性较差, 患者的年龄越小耐受疼痛的程度越差, 女性患者较男性患者更能耐受疼痛。

3.2 对疼痛进行正确评估

疼痛是一种主观感受, 对疼痛性质及疼痛程度的评估往往需要依靠患者的口述。受患者心理、精神及文化背景的影响, 患者提供的信息往往出现偏差。此外部分医护人员对疼痛认识不够或不重视, 往往会低估患者的疼痛程度。对疼痛进行正确的评估对于有效控制疼痛起到至关重要的作用。

3.3 镇痛药物的应用

(下转第 190 页)

慢性宫颈炎是妇女常见且常见的疾病。它发生在育龄妇女身上,有流产和不孕等危害。自 LEEP 应用以来,慢性宫颈炎治愈率大大提高,降低了宫颈癌的危险^[3-4]。LEEP 刀是一种由高频电波刀在与人体组织接触的瞬間产生的高频电波,产生高热量促使细胞组织汽化而完成切割止血等操作,治疗全程无痛,出血少,患者无明显痛苦,且术后不留疤痕,不影响生育等优点。在 LEEP 治疗时,给予有效的心理疏导,做好术后康复护理指导,可加速患者的康复,获得更好的治疗效果^[5-7]。

本研究中,常规护理组遵循常规护理,整体护理组落实整体护理。结果显示,整体护理组慢性宫颈炎患者满意水平高于常规护理组, $P < 0.05$; 整体护理组创面愈合时间优于常规护理组, $P < 0.05$; 护理前两组炎症因子、焦虑状态相似, $P > 0.05$; 护理后整体护理组炎症因子、焦虑状态优于常规护理组, $P < 0.05$ 。整体护理组出血、感染等慢性宫颈炎并发症发生率低于常规护理组, $P < 0.05$ 。尚平平^[8]的研究显示,慢性宫颈炎应用 LEEP 刀治疗同时给予有效护理,可缩短创面愈合的时间,和我们的研究相似。

综上所述,整体护理在慢性宫颈炎护理中的干预结果确

切,可减少患者并发症,减轻焦虑和控制炎症,加速创面愈合,患者满意水平高。

【参考文献】

- [1] 夏蓉. LEEP 刀治疗慢性宫颈炎的临床护理探讨 [J]. 基层医学论坛, 2018, 22(15):2036-2038.
- [2] 叶琴. 对应用 LEEP 刀进行治疗的慢性宫颈炎患者实施综合护理的效果探究 [J]. 当代医药论丛, 2018, 16(05):248-249.
- [3] 田聪聪. 优质护理对 LEEP 治疗慢性宫颈炎效果的影响研究 [J]. 疾病监测与控制, 2017, 11(09):756-757.
- [4] 陈玲. 优质护理对 LEEP 治疗慢性宫颈炎效果的影响分析 [J]. 数理医药学杂志, 2017, 30(09):1388-1389.
- [5] 葛菲. LEEP 治疗慢性宫颈炎的护理体会 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(35):208-209.
- [6] 姜洪. LEEP 宫颈环切治疗慢性宫颈炎的护理对策探讨 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(48):220.
- [7] 陈爱春. 优质护理对 LEEP 治疗慢性宫颈炎效果的影响探讨 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(13):1874.
- [8] 尚平平. 慢性宫颈炎应用 LEEP 刀治疗的临床护理观察 [J]. 中国农村卫生, 2016(04):56.

(上接第 186 页)

统计两组患者的手术部位感染情况,根据统计数据显示:研究组的感染率为 6%;对照组的感染率为 22%,明显高于研究组,两组间的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数据见表 1:

表 1: 两组患者的疗效对比

例数	泌尿道感染	切口感染	呼吸道感染	其它感染	感染率 (n/%)
研究组 50	1	1	1	0	3/6
对照组 50	3	4	2	2	11/22

3 讨论

SSI 在医院感染的病因中排第 3 位,占比约为 13-17%,是外科中最常见的感染,约 3/4 的外科病人的死亡与感染相关。SSI 患者的死亡率、住院时间以及再入院率都明显大于没有 SSI 的患者,要降低感染率,预防显得尤为重要。预防手术部位感染,需要记住以下六个要点:1、尽量缩短手术前住院时间;2、做好手术前准备工作,使患者处于最佳状态;3、适当的预防性抗生素应用;4、严格遵守手术中的无菌原则;5、

可放可不放的引流物尽量不放;6、局部用生理盐水冲洗创腔或伤口^[3]。预防手术部位感染的措施包括术前、术中及术后的各项措施,如按照指南规定给予抗菌药物、术前血糖控制、术前皮肤清洁及正确备皮、严格无菌操作、术中保温等。现今推行较普遍的集束化措施是“CATS”集束化策略。

本次研究主要是分析手术室护理干预对降低手术部位感染率的影响。结果表明:对照组的手术部位感染率明显高于研究组,两组间的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

总而言之,手术室护理干预能够有效降低手术部位感染率,值得推广。

【参考文献】

- [1] 曹小兰. 手术室护理干预对手术部位感染的预防效果分析 [J]. 中国医疗设备, 2016(s01):158-158.
- [2] 陈萍萍, 朱斌. 手术患者护理中实施手术室护理干预对其手术部位感染率的影响 [J]. 大家健康 (中旬版), 2017, (11):243.
- [3] 张国艳. 手术患者护理中实施手术室护理干预对其手术部位感染率的影响 [J]. 大家健康 (下旬版), 2017, (7):242.
- [2] 刘琦. 肺心病合并慢性呼吸衰竭临床护理要点分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(02):252+256.
- [3] 冯淑香. 浅析肺心病合并慢性呼吸衰竭 30 例临床护理 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(11):208-209.
- [4] 李彤航. 对合并慢性呼吸衰竭的肺心病患者进行综合性护理的效果研究 [J]. 当代医药论丛, 2015, 13(21):51-52.

(上接第 187 页)

理干预,效果明显且获得患者较高满意度,值得进一步推广应用。

【参考文献】

- [1] 关虹光. 肺心病合并慢性呼吸衰竭的临床护理 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(43):30-31.

(上接第 188 页)

镇痛药物大多具有成瘾性,以往医护人员多告知患者产生术后疼痛时能忍则忍,尽量避免用药,给患者造成巨大痛苦,严重影响患者饮食、睡眠等日常生活,延误了术后恢复。随着医学的不断发展,对疼痛及止痛药物的认识也不断提高,目前多主张预防性给药。根据患者的疼痛程度选择不同的止痛药物,手术范围小、疼痛轻微者可给予阿片类镇痛药,手

术范围大、疼痛剧烈者给予杜冷丁、吗啡等止痛药。预防性给药剂量较小,镇痛效果较好,可明显减轻患者的痛苦。

【参考文献】

- [1] 陈春艳. 耳鼻喉科手术患者的护理 [J]. 中国实用医药, 2009, 4(18): 208-209.
- [2] 林玉者. 耳鼻喉科手术后疼痛的观察与护理 [J]. 中国医学创新, 2011, 08(3): 135-136.