



鼻内窥镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的临床价值研究

谭玉芳 贺建桥 (邵阳学院附属第一医院耳鼻喉科 湖南邵阳 422000)

摘要:目的 探讨分析对慢性鼻窦炎鼻息肉患者行鼻内窥镜手术治疗的临床价值。方法 选取我院从2016年5月-2018年3月收治的60例慢性鼻窦炎鼻息肉患者作为本次临床研究对象,随机分为对照组($n=30$)与观察组($n=30$);对照组患者行传统手术方式进行治疗,观察组患者行鼻内窥镜手术进行治疗,观察两组患者经不同方式治疗后的临床不良症状及效果。结果 观察组患者经鼻内窥镜手术治疗后,其并发症发生率更低,临床疗效明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对慢性鼻窦炎鼻息肉患者行鼻内窥镜手术治疗,临床治疗效果显著,有利于降低不良反应的发生率,值得在临床治疗中推广并应用。

关键词:鼻内窥镜手术 慢性鼻窦炎鼻息肉 临床价值

中图分类号:R765.9 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)11-035-02

慢性鼻窦炎鼻息肉是耳鼻喉科的一种常见疾病,其诱发因素主要与上呼吸道感染有着直接关系,在临床中常会伴有头晕头痛、鼻出血及嗅觉障碍等症状^[1],且容易反复发作,对患者的日常生活质量带来了极大的影响。在传统手术中会对患者的鼻窦功能造成极大的创伤,而新型的鼻内窥镜手术在临床中的应用则有着显著的临床效果。因此,本文通过对慢性鼻窦炎鼻息肉患者行鼻内窥镜手术治疗的临床价值作出进一步的研究与分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院从2016年5月-2018年3月收治的60例慢性鼻窦炎鼻息肉患者作为本次临床研究对象,对照组患者男17例,女13例,年龄20-52岁,平均年龄(34.5 ± 7.3)岁,病程5个月-4年,平均病程(2.5 ± 1.2)年,行传统手术方式进行治疗;观察组患者男18例,女12例,年龄21-53岁,平均年龄(35.9 ± 7.2)岁,病程6个月-5年,平均病程(2.6 ± 1.5)年,行鼻内窥镜手术进行治疗;本次研究患者及家属均知情同意,经由我院伦理委员会批准,两组间一般资料对比无明显差异,无统计学意义($p>0.05$),有可比性。

1.2 方法

所有患者术前一周均进行布地奈德鼻喷雾剂(生产企业:阿斯利康制药有限公司,批准文号:国药准字J20140048)进行喷雾,在术前三天,每天一次糖皮质激素,并给予预防剂量抗生素;同时对其行鼻窦冠状位CT以及鼻内镜检查。①其中对照组患者行传统手术方式进行治疗,将中鼻甲后半部分暴露的蝶窦口进行切除,并将其前壁开放蝶窦做切除,将上颌窦自然口扩大后另行根治术^[2];术后用碘伏纱条填塞,并用凡士林纱条止血。②观察组患者行鼻内窥镜进行治疗,作气管插管并行全麻,在鼻内镜的监视下将鼻腔内息肉组织先行摘除,然后根据患者的病况开放各鼻窦,再将鼻窦内息肉以及其周围的病变组织进行清理;在手术中以中鼻甲作为内侧界,识别纸样板作为外侧界,将钩突切除后使筛泡开放,确保中鼻甲基板的完整性,使中鼻甲更为稳固;由于气房比较多且复杂,造成的创面较大,切除范围以及损伤的程度最终对整个鼻窦术腔恢复生理功能都会形成影响,因此在术中要注意保护好筛窦的形态、结构等,对气房与病变黏膜作出正确的取舍。对慢性鼻窦炎不伴有息肉的患者,可根据其病况对其上颌窦、蝶窦、额窦等行开放处理,将导致窦口阻塞的病变组织进行切除,使其更为通畅,但不能对其窦口骨质与黏膜进行干预;要避免骨质的过分裸露,若暴露范围越大则会导致愈合的难度变大。术后所有患者均进行5-7天的预防性应用抗生素,用甲硝唑(生产企业:武汉武药制药有限公司,批准文号:国药准字H42021744)行静脉滴注一周,术后2天,将填塞在鼻腔的纱条取出,并持续一周用生理盐水

进行鼻腔清洗,避免再次形成窦口闭合或狭小的情况;常规鼻腔局部要持续3-12个月的鼻用糖皮质激素,避免出现鼻窦黏膜区充血或是水肿^[3]。

1.3 评判标准

经不同手术方式治疗后,观察两组患者的临床疗效,若患者鼻分泌物、嗅觉障碍、头痛头晕、鼻塞等临床症状全部消失,病状基本改善,则为显效;若临床症状部分缓解,病状部分改善,则为有效;若患者临床症状有小部分改善,病状无缓解,则为无效;总有效率=显效率+有效率。同时对比两组患者在术后的临床并发症发生情况,如纸板损伤、继发性出血、眼睑肿胀及鼻腔粘连等。

1.4 统计学

组间观察数据应用SPSS20.0软件进行分析,计数资料数据行 χ^2 检验,计量资料数据行 t 检验, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间患者经不同手术方式治疗后的临床效果

经两组间数据对比分析(详见表1),观察组患者经鼻内窥镜手术进行治疗后,其临床效果明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1: 两组间患者经不同手术方式治疗后的临床效果(%)

组别	例数(n)	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	9(30.0)	16(53.3)	5(16.7)	83.3
观察组	30	20(66.7)	9(30.0)	1(3.3)	96.7
χ^2		26.967	11.169	9.976	9.976
p		0.000	0.001	0.001	0.001

2.2 两组间患者经不同方式治疗后并发症发生情况

经两组间数据对比分析(详见表2),相较于对照组,观察组患者经手术治疗后,其并发症发生率明显更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2: 两组间患者经不同方式治疗后并发症发生情况(%)

组别	例数(n)	纸板损伤	继发性出血	眼睑肿胀	鼻腔粘连
对照组	30	3(10.0)	5(16.7)	2(6.7)	4(13.3)
观察组	30	0(0.0)	2(6.7)	0(0.0)	1(3.3)
χ^2		10.526	4.840	6.932	6.569
p		0.001	0.028	0.008	0.010

3 讨论

慢性鼻窦炎鼻息肉一般多发于成年人,其发病机制尚未完全明确,临床中多呈现流脓性鼻涕、鼻塞、头痛等症状,对于患者的身心健康都造成严重的威胁;当前在临床治疗中主要有药物与手术治疗两种方式,药物治疗其临床效果不佳,容易导致病情的反复发作,无法达到治愈的目的;因此在临

(下转第38页)

表 1: 对比两组护理质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理及接待服务态度	护理着装	突发事件应对能力	分诊技术	总体评价
观察组 (n=56)	92.13 $\pm$ 3.66	96.74 $\pm$ 2.08	90.08 $\pm$ 3.27	93.52 $\pm$ 2.92	92.81 $\pm$ 3.55
对照组 (n=56)	89.57 $\pm$ 3.85	92.15 $\pm$ 2.33	85.11 $\pm$ 3.61	87.06 $\pm$ 3.06	86.14 $\pm$ 4.03
t	3.606	10.997	7.636	10.412	9.294
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

急诊科是公认的医院高风险科室,因其涉及领域较广,患者病情复杂,并发症相对较多,若未及时进行救治,易导致患者死亡。同时急诊科也是医疗护理纠纷高发科室。临床研究表明^[2],医疗护理纠纷的发生多与急诊护理质量、护理人员服务态度及护患之间缺乏有效沟通等有关。良好的急诊护理质量可保证患者救治安全性,因此要求急诊护理中,必须做到全面、细致和规范。有研究指出^[3],以急诊分诊工作作为出发点,加强患者安全管理,为其提供更及时、有效的帮助和指导,通过对环境的管理和改善,严格规范分诊工作标准,避免在忙乱中发生护理不良事件。

本研究经分析发现,在对患者实施急诊分诊过程中存在的安全隐患主要有护士因素、患者因素、环境因素等,现将其具体因素列举如下:(1)护士因素。一些护士由于经验及专业技术较为缺乏,无法准确把握分诊中的一些问题,因此易导致分诊错误,而对患者病情造成延误。而有些护士由于心理素质较差,对于手忙脚乱的患者往往会不知所措,对急诊效率产生严重影响;此外,分诊人员分配不合理也是导致护理质量不高的重要因素之一,由于人力资源不足、急诊分诊工作量较大,增加了护理人员工作压力,导致其出现消极情绪,如在对患者护理中语言生硬、表情淡漠、态度生冷等,一定程度影响护理质量^[4]。(2)患者因素。由于患者及家属文化程度、年龄、性格等差异,使其在交流过程中易产生误解等问题,加上患者受自身疾病影响,往往心理情绪不够稳定,而导致护理纠纷发生。(3)环境因素。急诊科往往患者人流量大,而分诊服务人员有限,不能满足所有患者的询问,而分诊护士面对数量众多的患者注意力易分散,从而使一些需要急诊的患者被忽略^[5]。

我院于 2017 年 1 月-12 年对收治的急诊患者实施急诊分诊安全管理,结果显示,观察组护理及接待服务态度、突发事件应对能力、分诊技术等各项护理质量评分及总体评分均明显高于对照组,且护理满意度显著较对照组高,说明急诊分诊安全管理能够使护理质量及满意度得到显著提升,为患者护理安全提供保障。在进行急诊分诊安全管理中,通过分析护士因素,从提高分诊人员护理知识及操作技能掌握程度方面着手,为患者提供更优质、全面的护理干预措施,帮助其在遇到突发事件时能够妥善处理,从而避免护理差错。同时在急诊分诊中将人力资源合理分配,并调整和完善排班制度,促进护理工作效率提高。在患者因素及环境因素方面,主动为患者提供就诊帮助、导诊服务,为患者创造良好的就诊环境等,而提高护理效率,并和谐护患关系,促进患者满意度提升。

综上所述,在急诊护理中应用急诊分诊安全管理对提高急诊护理质量具有积极作用,同时还可减少医疗护理纠纷,提高患者满意度,促进医患和谐关系的建立。

参考文献

- [1] 吴翔燕,郭玉兰,张鸿兰,等.急诊分诊安全管理模式在急诊护理中的应用研究[J].基层医学论坛,2016,20(14):2002-2003.
- [2] 朱娜.急诊分诊安全管理在急诊护理中的应用效果分析[J].中国卫生产业,2016,13(32):128-130.
- [3] 王静.急诊分诊安全管理在急诊的应用分析[J].医院管理论坛,2016,33(1):17-18.
- [4] 封娜,侯春菊,吴霞,等.急诊分诊安全管理模式在急诊护理中的应用研究[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(33):109-109.
- [5] 王琳.急诊分诊安全管理模式对急诊护理质量的影响[J].中国卫生标准管理,2016,7(16):202-203.

(上接第 35 页)

床中一般多采用手术治疗的方式,在传统手术中对鼻息肉进行切除时,由于创伤面较大,容易对患者的鼻窦生理功能造成破坏,且出血量较大,进而导致息肉无法被完全的清除干净,术后复发率较高^[4];鼻内窥镜作为一种新型的手术治疗方式,其手术视野更清晰,创伤面小,术中出血量少,在保留患者鼻腔生理功能的同时还能有效将其病灶进行清除,且能降低术后并发症的发生,在临床治疗中有着积极意义。

综上所述,对慢性鼻窦炎鼻息肉患者行鼻内窥镜手术治疗后,临床效果更显著,有利于减少并发症的发生,值得

得广泛应用在临床治疗中。

参考文献

- [1] 郑小雨.经鼻内镜手术在慢性鼻窦炎鼻息肉治疗中的临床应用探讨[J].临床心身疾病杂志,2016,22(s1):398-399.
- [2] 石留伟.鼻内窥镜手术与传统手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的疗效对比分析[J].河南医学研究,2016,25(6):1080-1080.
- [3] 安波.鼻内窥镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉临床疗效分析[J].中国社区医师,2016,32(32):57-58.
- [4] 傅云山.鼻内窥镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的临床疗效及安全性[J].临床合理用药杂志,2017,10(3):131-132.

(上接第 36 页)

[1] 高江涛.微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者碎石效果及并发症分析[J].罕少疾病杂志,2017,24(3).

[2] 甘伟,许红霞,季辉华,等.标准通道及微通道经皮肾镜碎石术在肾结石中的应用效果分析[C]//中国医院药学杂志学术年会.2016.

[3] 徐磊.超声引导微通道经皮肾镜气压弹道碎石术与钬激光碎石术治疗复杂性输尿管上段结石的临床研究[D].皖南医学院,2015.

[4] 于祥征,林雪莉,YuXiangzheng,等.微通道与标准通道经皮肾镜碎石术对肾结石患者血流动力学和血气分析的影响[J].中国基层医药,2016,23(16):2525-2529.

[5] 石国忠,李凤,夏宗禹,等.微通道和标准通道经皮肾镜碎

石术对上尿路结石患者血流动力学和血气分析的影响[J].中国全科医学,2015(2):215-218.

[6] 许莎丽,成素萍.微通道经皮肾镜气压弹道碎石术患者临床护理路径及应用效果评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(29):109.

[7] 董传江,谢宗兰,张路生,等.输尿管软镜与微通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石的疗效比较[J].临床泌尿外科杂志,2016(5):453-455.

[8] 金勇超,周览,王金善,等.微通道与小通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石疗效及安全性比较[J].河北医科大学学报,2015,36(3):283-283.

[9] 施长荣,王丽波,白树华,等.微通道经皮肾镜钬激光碎石术治疗嵌顿性输尿管上段结石的临床疗效分析[J].当代医学,2016,22(32):72-73.